CONTEXTOS DE OCORRÊNCIA DA

gravidez não planejada

EM MULHERES ADULTAS

JUSSILENE JESUS SOUSA BOER
EDMÉIA DE ALMEIDA CARDOSO COELHO
ANDIARA RODRIGUES BARROS
ORGANIZADORAS

EDUFBA

Contextos de ocorrência da gravidez não planejada em mulheres adultas

Jussilene Jesus Sousa Boer
Edméia de Almeida Cardoso Coelho
Andiara Rodrigues Barros
(orgs.)

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

BOER, J. J. S., COELHO, E. A. C., and BARROS, A. R., eds. *Contextos de ocorrência da gravidez não planejada em mulheres adultas* [online]. Salvador: EDUFBA, 2024, 197 p. ISBN: 978-65-5630-894-4. https://doi.org/10.7476/9786556308944.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International license.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribição 4.0.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimento 4.0.

A obra aborda a gravidez não planejada partindo dos princípios dos direitos reprodutivos. Traz a construção histórica da maternidade e os fundamentos teóricos dos direitos reprodutivos, com o desfecho em políticas públicas de atenção à saúde das mulheres. Considerando pesquisas que mostram alta prevalência da gravidez não planejada, foram investigadas em pesquisa empírica circunstâncias de ocorrência da gravidez não planejada em mulheres adultas. Foi desenvolvida com mulheres de área de cobertura da Estratégia Saúde da Família, sob abordagem qualitativa, por meio de entrevistas, utilizando-se para análise a técnica de análise de discurso. Os resultados mostram que a maternidade é concebida como importante elemento identitário para todas as mulheres do estudo, segundo papéis de gênero que a naturalizam. A gravidez não planejada se mostrou um fenômeno multifacetado, estando presente em sua ocorrência ambivalência do desejo; dificuldades das mulheres em compartilhar a responsabilidade com seus parceiros, na gestão cotidiana da contracepção; informações fragmentadas e dificuldades de acesso aos métodos contraceptivos com descontinuidade e/ou limitação na oferta pelo serviço de saúde. Os resultados mostram que urge retomar os princípios fundantes da Estratégia Saúde da Família, com reorganização das práticas e investimento de todos níveis da gestão pública para abrir caminhos à autonomia e à liberdade feminina, necessárias para assegurar às mulheres seus direitos sexuais e reprodutivos.

Contextos de ocorrência da gravidez não planejada em mulheres adultas

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Reitor
Paulo Cesar Miguez de Oliveira

Vice-reitor
Penildon Silva Filho

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Diretora
Susane Santos Barros

Conselho Editorial

Titulares
Angelo Szaniecki Perret Serpa
Caiuby Alves da Costa
Cleise Furtado Mendes
Evelina de Carvalho Sá Hoisel
George Mascarenhas de Oliveira
Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté
Mônica Neves Aguiar da Silva

Suplentes
José Amarante Santos Sobrinho
Lorene Pinto
Lúcia Matos
Lynn Alves
Paola Berenstein Jacques
Rafael Moreira Siqueira

JUSSILENE JESUS SOUSA BOER
EDMÉIA DE ALMEIDA CARDOSO COELHO
ANDIARA RODRIGUES BARROS
ORGANIZADORAS

Contextos de ocorrência da gravidez não planejada em mulheres adultas

Salvador
Edufba
2024

2024, autoras.
Direitos para esta edição cedidos à Edufba.
Feito o Depósito Legal.
Grafia atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, em vigor no Brasil desde 2009.

Coordenação editorial
Cristovão Mascarenhas

Coordenação gráfica
Edson Nascimento Sales

Coordenação de produção
Gabriela Nascimento

Assistente editorial
Bianca Rodrigues de Oliveira

Capa e projeto gráfico
Rafa Moo

Revisão
Daiane Santos

Normalização
Tainara Santos de Azevedo

Ilustrações
Freepik

Sistema Universitário de Bibliotecas – UFBA

Contextos de ocorrência da gravidez não planejada em mulheres adultas / Jussilene Jesus Sousa Boer ; Edméia de Almeida Cardoso Coelho ; Andiara Rodrigues Barros, organizadoras. – Salvador : EDUFBA, 2024.
197 p.

Contém biografia.
ISBN: 978-65-5630-664-3

1. Gravidez. 2. Gravidez não planejada. 3. Direitos reprodutivos. 4. Gravidez indesejada. 5. Anticoncepção. 6. Mulheres – Condições sociais. 7. Diretos das mulheres. 8. planejamento familiar. I. Boer, Jussilene Jesus Sousa. II. Coelho, Edméia de Almeida Cardoso. III. Barros, Andiara Rodrigues.

CDD 612.63

Elaborada por Selma Matos | CRB-5: BA-001001

Editora afiliada à

ASOCIACION DE EDITORIALES UNIVERSITARIAS DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE

Associação Brasileira das Editoras Universitárias

Editora da UFBA
Rua Barão de Jeremoabo, s/n
Campus de Ondina, 40170-115 – Salvador, Bahia
Tel.: +55 71 3283-6164 | edufba@ufba.br | edufba.ufba.br

Dedico esta obra, em especial, à minha orientadora, profa. dra. Edméia de Almeida Cardoso Coelho, com quem compartilhei todos os momentos dessa viagem repleta de aprendizados. Através dela, conheci o universo do movimento de mulheres que luta, historicamente, pelos seus próprios direitos de cidadania, além das bases das políticas públicas que fortalecem esses direitos. Sua mão forte, admirável sabedoria, perseverança, valorização da ciência, capacidade de compartilhar gentilmente seus conhecimentos e a delicadeza no lidar com o(a) outro(a) permitiram que eu, e todo o grupo engajado neste trabalho, seguisse fazendo com que a história de mulheres que têm os direitos reprodutivos comprometidos com a ocorrência de gravidez não planejada – realidade de tantas brasileiras – possa ser difundida no campo da ciência, assim favorecendo a ampliação das discussões e compreensão das razões circunstanciais através desta obra. Confesso que, por vezes, o processo foi difícil em razão das tantas atribuições que temos que nos debruçar no cotidiano enquanto mulheres, mães e profissionais, mas, nesses momentos, incansável no campo do conhecimento, com grande sabedoria, determinação e perseverança, a professora Edméia nos instigou firmemente a chegar à publicação desta obra. Serei eternamente grata por tantos conhecimentos que me foram agregados na convivência com essa grande mulher, admirável pesquisadora e mãe.

Jussilene Jesus Sousa Boer

agradecimentos[1]

A Deus, por mais essa grande vitória.

Ao meu pai e à minha mãe, corresponsáveis pelas minhas conquistas ao longo da vida.

Aos meus filhos, Pedro e Bernardo, e à minha filha, Carolina, fontes da minha inspiração, dedicação e perseverança.

Ao meu marido Pieter, pelo grande amor e companheirismo.

À minha Irmã Mara, e aos meus irmãos Humberto, Juliano e Júnior, pelo imenso carinho, incentivo e por sempre acreditarem em mim.

À profa. dra. Edméia de Almeida Cardoso Coelho pelo carinho, apoio, comprometimento, ética e admirável competência com que conduziu a orientação da pesquisa. Grande admiração, exemplo e gratidão.

Às coautoras, com quem foi possível compartilhar conhecimentos e responsabilidades.

Às mulheres entrevistadas, pela disponibilidade e pela confiança em compartilhar suas experiências de vida.

---

[1] O livro é oriundo da dissertação SOUSA, Jussilene Jesus. *Circunstâncias da ocorrência de gravidez não planejada em mulheres adultas*. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011. Todos os capítulos foram atualizados pelas colaboradoras, coautoras do livro.

À amiga Netinha, minha irmã de alma, e à Talita, minha amiga, companheira inseparável no mestrado, pelo carinho e apoio em todos os momentos dessa caminhada e a todas(os) as(os) amigas(os) e colegas de mestrado pela convivência, carinho e trocas de experiência.

À Universidade Federal da Bahia (UFBA), à Escola de Enfermagem, e às(aos) funcionárias(os) e docentes internas(os) e externas(os) que avaliaram e contribuíram com o trabalho: Enilda Rosendo do Nascimento, Jeane Freitas Oliveira, Benedito Medrado Dantas, da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), e Lucila Scavone, da Universidade Estadual Paulista (Unesp).

À Lais, Lindiane e Millani, bolsistas do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Pibic-CNPq), pela parceria e pelos desafios vencidos juntas.

À Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pelo apoio financeiro, e ao CNPq, por financiar a pesquisa mais ampla e seus subprojetos.

Ao Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher, Gênero e Integralidade do Cuidado, pelo aprendizado em gênero e integralidade.

Às equipes multiprofissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), especialmente enfermeiras e agentes comunitárias(os) de saúde.

sumário

11 | **Prefácio**

Silvia Lúcia Ferreira

21 | **Apresentação**

Jussilene Jesus Sousa Boer, Edméia de Almeida Cardoso Coelho

PARTE I

45 | **Maternidade, direitos reprodutivos e gênero: historicidade e fundamentos teóricos**

CAPÍTULO 1

47 | **Ideologia da maternidade: revisitando a história**

Jussilene Jesus Sousa Boer, Edméia de Almeida Cardoso Coelho, Andiara Rodrigues Barros

CAPÍTULO 2

59 | **Maternidade na atualidade**

Jussilene Jesus Sousa Boer, Edméia de Almeida Cardoso Coelho, Andiara Rodrigues Barros

CAPÍTULO 3

73 | **Direitos reprodutivos das mulheres e políticas públicas**

Jussilene Jesus Sousa Boer, Edméia de Almeida Cardoso Coelho, Andiara Rodrigues Barros

CAPÍTULO 4

85 | **Planejamento reprodutivo no contexto das políticas públicas**

Jussilene Jesus Sousa Boer, Edméia de Almeida Cardoso Coelho, Andiara Rodrigues Barros

CAPÍTULO 5

109 | **Gênero como categoria analítica**

Jussilene Jesus Sousa Boer, Edméia de Almeida Cardoso Coelho, Andiara Rodrigues Barros

PARTE II

117 | **Contextos de ocorrência da gravidez não planejada em mulheres adultas**

CAPÍTULO 6

119 | **Ambivalência do desejo na ocorrência da gravidez não planejada**

Jussilene Jesus Sousa Boer, Edméia de Almeida Cardoso Coelho, Andiara Rodrigues Barros, Larissa Silva de Abreu Rodrigues, Mariza Silva Almeida, Railene Pires Evangelista

CAPÍTULO 7

139 | **Condições adversas e o lugar do parceiro na gravidez não planejada**

Jussilene Jesus Sousa Boer, Edméia de Almeida Cardoso Coelho, Letícia da Silva Cabral, Mariza Silva Almeida, Patrícia Fiqueiredo Marques, Raquel de Alcântara

CAPÍTULO 8

161 | **Interseção entre dificuldades de acesso à contracepção e responsibilidade do parceiro na gravidez não planejada**

Jussilene Jesus Sousa Boer, Edméia de Almeida Cardoso Coelho, Jamile Guerra Fonseca, Cleuma Sueli Santos Suto, Joise Magarão Queiroz Silva, Nayara de Jesus Oliveira, Diana Santos Sanchez

177 | **Conclusões**

185 | **Sobre as autoras**

195 | **Anexos**

Anexo A | Parecer de aprovação do projeto emitido pelo CEPEE-UFBA
Anexo B | Parecer de autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador

Prefácio

Silvia Lúcia Ferreira

Foi com muita emoção, alegria e honra que aceitei o convite das autoras para prefaciar este livro, originalmente uma dissertação, defendida por Jussilene Jesus Sousa Boer em 2011. A releitura e a atualização das referências e das reflexões pelas coautoras deram ao texto acadêmico a fluidez, a elegância na linguagem e o aprofundamento teórico tão necessário aos estudos de gênero aplicados à saúde. O tema polêmico foi a gravidez não planejada, não desejada. Ou quando o desejo aparece-desaparece quase que de modo cotidiano na vida das mulheres.

A gravidez sempre foi, nos diferentes tempos e espaços, motivo para instigar a criatividade humana. Nas diferentes culturas, foram construídas explicações para desvendar esse fenômeno, que por muito tempo esteve envolto em mistérios. A gravidez, tratada como um milagre no âmbito das religiões e crenças, foi, muitas vezes, dissociada do aparelho reprodutivo e relacionada às fases da lua.

Foi a ciência, entretanto, que ofereceu ao mundo a descrição do encontro entre dois gametas: o masculino, espermatozoide, potente nadador com cauda, atleta destemido e veloz, que, ao se destacar na maratona, alcança finalmente o óvulo, que sai da sua

casa, o ovário, se desloca lentamente ao seu encontro e, como uma faceira dama, se oferece para o encontro afetivo-amoroso da vida.

Essa explicação durou várias décadas e reafirmou as imagens e os símbolos que definiam – e ainda definem – as mulheres. Foi preciso que as biólogas feministas, presença rara nos laboratórios e nas ciências, oferecessem outras possibilidades explicativas, retirando do gameta feminino a imobilidade, a passividade, para apontar a sua responsabilidade no processo de fecundação e das alterações físico-químicas que os demais órgãos produzem para selecionar o melhor espermatozoide, agindo como uma verdadeira rede social de apoio.

Na década de 60 do século XX, descobre-se a pílula anticoncepcional, que se constitui como um marco para a separação entre o prazer de uma vida sexual e a gravidez. Ainda que essa descoberta fosse para uso exclusivo feminino, aumentasse a culpa das mulheres no caso de esquecimento e trouxesse muitos sobressaltos, inquietação e medo, foi importante.

Se caminharmos pelas trilhas das inquietas feministas americanas, que não aceitaram todas as explicações científicas traduzidas, principalmente, pelos médicos ginecologistas, vamos encontrar um grupo de mulheres brancas de classe média, o Boston Women's Health Collective, que, na década de 1970, ao publicar o livro *Our bodies, ourselves*,[1] trouxe para nós, feministas brasileiras, muitos esclarecimentos com o uso dos desenhos que mostravam o

[1] O livro não foi traduzido para o português. Usamos, no GEM, a tradução em espanhol *Nuestros corpos, nuestras vidas*.

corpo feminino a partir das próprias experiências. Sem dúvidas, o desenho anatômico do clítoris e a descrição detalhada da sua fisiologia desvendou, à época, o verdadeiro sentido da pílula contraceptiva. Prazer e procriação estavam, definitivamente, separados.

Seguindo os passos pelas trilhas da Latinoamérica – incluindo o Brasil –, também nos deparamos com o movimento feminista que almejava a redemocratização dos países atingidos pelos golpes militares e que lutava pela autonomia do corpo, a partir do direito ao aborto e à contracepção. A Red de Salud de Las Mujeres Latino-Americanas e del Caribe, com sede no Chile, atuou com suas publicações periódicas jogando luzes para pensar uma realidade diferente para as mulheres. Nesse mesmo sentido, organiza-se, no Brasil, a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (Rede Saúde) e o Centro de Estudos e Pesquisas sobre a Mulher, Gênero, Saúde e Enfermagem (GEM), inicialmente um grupo de pesquisa e atualmente um centro de estudos[2]. Do mesmo modo, a organização pujante do feminismo negro nacional trouxe à cena a diversidade e a possibilidade de reinterpretação do fenômeno da gravidez a partir das mulheres negras.

Essa breve retrospectiva é aqui apontada para compreendermos as filiações teóricas das organizadoras deste livro: Jussilene Jesus

---

[2] GEM – Grupo de Pesquisa Sobre Saúde da Mulher, criado na escola de Enfermagem da UFBA em 1988, transformado em GEM – Centro de Estudos e Pesquisas sobre Mulheres, Gênero, Saúde e Enfermagem em 2013, atualmente com quatro grupos. Para melhor conhecimento consultar: FERREIRA, S. L.; NASCIMENTO, E. R.; PAIVA, M. S. (org.). *O pensamento feminista e os estudos de gênero*: experiências na Escola de Enfermagem da UFBA. Salvador: Edufba, 2012. (Coleção Bahianas, v. 15). Disponível em: http://neim.ufba.br/wp/wp-content/uploads/2013/11/bahianas_n15.pdf.

Sousa Boer, Edméia de Almeida Cardoso Coelho e Andiara Rodrigues Barros, quando analisam, a partir de uma perspectiva feminista, os contextos de ocorrência da gravidez não planejada em mulheres adultas.

As autoras atestam e reafirmam a mobilidade e deslocamento do exclusivo papel da mulher como mãe, pois reconhecem os diferentes e múltiplos espaços de atuação que a mulher ocupa na atualidade. Baseadas em outras autoras, afirmam, logo na introdução,

> vê-se que a maternidade não constitui mais a única fonte de identidade social das mulheres e a carreira profissional se apresenta com significado importante, facilitada pela contracepção moderna, que possibilita a conciliação entre trabalho e vida familiar (Ferrand, 2007). Com essas condições, a mulher pode vir a se sentir plena e realizada, não apenas por meio da maternidade, mas também pela sua atividade profissional, uma vez que a realização pode acontecer por diversos objetos de desejo (Sansson, 1988).

Ao longo da parte I, as autoras revisitam, portanto, o conceito de "maternidade", trazendo o debate público/privado de Michelle Perrot e os principais temas abordados em *Os excluídos da história: operários, mulheres e prisioneiros*. Apresentam também a maternidade como ideologia e as lutas feministas que foram travadas na conquista dos direitos reprodutivos, no contexto das políticas públicas. Nessa parte do livro, as autoras incorporam o conceito de gênero a partir de Joan Scott e discutem pontos fundamentais para a compreensão em torno do tema do qual o livro se desenvolve. Afirmam:

> ao relacionar gênero e reprodução, a identidade de gênero para mulheres esteve e talvez ainda está diretamente relacionada ao exercício da maternidade, pois a relação entre sexo e reprodução, até a segunda metade do último século, limitou drasticamente o exercício da sexualidade pelas mulheres, facilitando a constituição de uma identidade de gênero calcada no controle dos desejos. Em relação aos homens, a identidade estaria mais marcada pela não contenção, ou mesmo, exacerbação dos desejos sexuais, entendida como sinal de poder (Vilella; Arilha, 2003).

Na parte II, os resultados são apresentados por Jussilene Jesus Sousa Boer, Edméia de Almeida Cardoso Coelho, Andiara Rodrigues Barros, Larissa Silva de Abreu Rodrigues, Mariza Silva Almeida e Railene Pires Evangelista. As mulheres entrevistadas estavam vivenciando a gravidez pela primeira vez, se encontravam em um relacionamento estável, tinham apoio do parceiro e não frequentavam regularmente o serviço de saúde. Assim, dadas essas condições, identificam a naturalização da maternidade como lugar primeiro da realização feminina, como na fala das mulheres entrevistadas: "*como algo importante*", "*um dom*", "*uma bênção*", "*sonho de toda mulher*", "*sentido de felicidade*", "*referência de vida*", "*realização da mulher*", "*algo ótimo e maravilhoso*", "*símbolo de amor*", "*afetividade*", "*comunhão e entendimento*".

Para as autoras, a partir desses depoimentos, paira sempre uma perspectiva de que a mulher algum dia venha a se tornar mãe e que a maternidade seja inata, biológica e instintiva. No entanto, quando o desejo de ser mãe se entrecruza com o desejo explícito do parceiro, as condições de sua ocorrência se ampliam: pela

obrigação em satisfazê-lo, porque traz estabilidade e segurança para a relação, ou ainda porque o desejo do homem em ter um filho garante a transcendência masculina, reafirma a masculinidade, a virilidade. A gravidez dá à mulher a satisfação e a possibilidade de realizar o sonho dele. Muitas das vezes, as mulheres adotam esse sonho como seu.

Na parte seguinte do livro, quando trata das condições adversas e o lugar do parceiro na gravidez não planejada, os resultados são apresentados por Jussilene Jesus Sousa Boer, Edméia de Almeida Cardoso Coelho, Letícia da Silva Cabral, Mariza Silva Almeida, Patrícia Figueiredo Marques e Raquel de Alcântara. Aqui, as autoras mostram que, dependendo das circunstâncias em que ocorrem uma gravidez não planejada, o simbolismo da maternidade é comprometido, fazendo emergir sentimentos contraditórios. As mulheres se referem à gravidez como: "*algo bom, mas difícil e complicado*"; "*bom, mas compromete a vida*"; "*um sonho de realização, mas difícil*"; "*bom, mas ocasiona uma mudança de vida com limitação da liberdade para o trabalho*"; "*bom, mas traz sacrifícios e é uma provação, algo muito difícil*". Quando a gravidez não é planejada, o sentimento é diferente, causa angústia, traz tristeza, revolta e insegurança, arrependimento, culpa. Desperta sentimentos bons e ruins, prevalecendo, quando indesejada, os sentimentos ruins.

A análise demonstra que diante de uma gravidez imprevista, alguns parceiros terminam o relacionamento ou abandonam as mulheres fazendo-as assumirem, sozinhas, a responsabilidade pela gravidez. A falta de apoio e de condições para arcar com as responsabilidades materiais na criação dos(as) filhos(as) as levam, muitas vezes, a decidirem pelo aborto, face às condições difíceis

para assumirem o ônus socioeconômico, física e emocionalmente sozinhas.

O capítulo seguinte trata da interseção entre dificuldades de acesso à contracepção e a responsabilidade do parceiro na gravidez não planejada, sendo apresentado por Jussilene Jesus Sousa Boer, Edméia de Almeida Cardoso Coelho, Jamile Guerra Fonseca, Cleuma Sueli Santos Suto, Joise Magarão Queiroz Silva, Nayara de Jesus Oliveira e Diana Santos Sanchez.

Neste capítulo, reafirmam que o parceiro, igualmente responsável pela ocorrência da gravidez, se apresenta como um ator coadjuvante, em clara demonstração de que a função reprodutora e a responsabilidade sobre ela está imputada apenas às mulheres. Essa responsabilidade exclusiva pelo controle da reprodução lhes cerceia o direito de decidir sobre o seu corpo, na medida em que são negadas a liberdade e a autonomia reprodutiva. As autoras apontam que a situação socioeconômica desfavorável, bem como ausência de corresponsabilização do parceiro no planejamento reprodutivo, levam mais mulheres a decidirem pelo aborto como possibilidade de desfecho para a gravidez, com riscos para a saúde e ameaça à vida.

As autoras concluem que o acolhimento, o acesso à informação de qualidade e aos métodos contraceptivos assegurados nos serviços de saúde são essenciais para que os direitos reprodutivos sejam plenamente exercidos pelas mulheres.

Posso afirmar, portanto, que este livro servirá para pesquisadoras(es), professoras(es), estudantes e profissionais de saúde dos diferentes campos de atuação e todas as pessoas que queiram refletir sobre esse assunto a partir de uma perspectiva feminista e de gênero.

Referências

FERRAND, M. *Sociologia da contracepção e do aborto*: a contribuição da análise das relações de gênero. Santa Catarina: UFSC, 2007. Aula inaugural do 11º Curso de metodologia da UFSC. Disponível em: www.sociolog/contracep/aborto.ufsc.br. Acesso em: 2 jan. 2009.

SANSSON, F. N. A representação psíquica da maternidade: estudo de caso. *Psicologia clínica*, Rio de Janeiro, n. 3, p. 55-62, 1988.

VILELLA, W. V.; ARILHA, M. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. *In*: BERQUÓ, E. (org.). *Sexo & vida*: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. São Paulo: Ed. Unicamp, 2003. p. 95-145.

Apresentação

Jussilene Jesus Sousa Boer
Edméia de Almeida Cardoso Coelho

Na perspectiva dos direitos reprodutivos, a escolha de uma gravidez passa pelo plano da racionalidade, sendo resultado do exercício da autonomia e da liberdade reprodutiva, de modo que a participação consciente da mulher no processo decisório de uma gestação orienta o olhar sobre a gravidez planejada. Desse modo, considera-se não planejada a gravidez resultante de um processo em que inexistiu a decisão consciente da mulher ou do casal para sua ocorrência (Coelho *et al*., 2012).

A gravidez pode ser indesejada quando se contrapõe aos desejos e às expectativas do casal, ou inoportuna quando acontece em um momento desfavorável (Prietsch *et al*., 2011). Essa pode gerar ou ampliar conflitos e insegurança e caminhar para a sua continuidade e possibilidade de aceitação ou para a sua interrupção voluntária. Destaca-se que, no Brasil, o grande número de gravidezes não planejadas tem como desfecho o aborto, constituindo fator importante de morbidade e mortalidade materna. Essas mortes atingem, sobretudo, mulheres jovens e pobres com maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde por questões sociais e econômicas (Coelho *et al*., 2012; Diniz; Medeiros; Madero, 2017).

Uma gravidez não planejada pode gerar sentimentos distintos, provocando emoções como alegria e bem-estar ou culpa, frustração e vergonha (Sanches, 2013). Maldonado (2002) enfatiza que a gravidez não planejada pode gerar atitudes inicialmente de desacordo e posteriormente de aceitação, após superar a problemática inicial. A vivência e o apoio de familiares e do companheiro podem transformá-la na realização de um sonho que era projetado para o futuro e, assim, a vida vai se organizando e a gestação vai sendo melhor aceita.

O acesso das mulheres aos contraceptivos é imprescindível para a legitimação do direito da mulher na escolha da maternidade e foi um importante passo para a mobilização feminista pelos direitos reprodutivos. No Brasil, a difusão do contraceptivo se iniciou a partir da segunda metade do século XX e constitui condição essencial para dissociar prática sexual e reprodução, permitindo que a gravidez ocorra por uma decisão mais racional (Scavone, 2004).

No Brasil, ações de contracepção com o objetivo de viabilizar o planejamento reprodutivo estão implantadas desde a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism), em 1984, que apresenta como pressuposto garantir o direito das mulheres de decidir livremente sobre os padrões de reprodução que lhes convenham, devendo ser valorizado o contexto em que se inserem, suas experiências sexuais e reprodutivas, respeitando-se as mulheres em sua singularidade (Brasil, 2004).

Passados 20 anos, indicadores epidemiológicos da saúde da mulher mostraram que sua implementação não conseguiu responder às necessidades de saúde das mulheres de forma integral e equânime, sendo criada, em 2004, a Política Nacional de Atenção

Integral à Saúde da Mulher (Pnaism), que se propôs atender ao desafio da superação e da incorporação do enfoque de gênero, integralidade e promoção da saúde como princípios norteadores. Ações relativas ao planejamento reprodutivo são parte da atenção básica e responsabilidade da gestão municipal, mas muitos municípios não conseguiram implantar e implementar estratégias adequadas para atender às demandas das mulheres, apesar da Pnaism e da sua regulamentação pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (Brasil, 2015c).

Identificam-se problemas na produção, controle de qualidade, aquisição e logística de distribuição dos insumos, falhas no acesso aos métodos contraceptivos, deficiências no enfoque educativo e aconselhamento visando a escolha livre e informada, e falhas no acompanhamento das usuárias. Faltam ações com foco na sexualidade e maior envolvimento do homem na contracepção, além das dificuldades na capacitação de gestores(as), de gerentes e de profissionais de saúde. Isso tem resultado numa atenção precária e excludente, ou até inexistente em algumas localidades, com maior prejuízo para as mulheres oriundas das camadas mais pobres e das áreas rurais (Brasil, 2011).

Estudos sobre planejamento reprodutivo no Brasil corroboram tais afirmações e mostram que as ações no âmbito do planejamento reprodutivo se apresentam de forma fragmentada, não atendem adequadamente à parcela da população feminina que depende do Sistema Único de Saúde (SUS), expondo as mulheres ao risco de gravidezes não planejadas/indesejadas e ao aborto, que se apresenta como desfecho para muitas mulheres (Leal *et al*., 2018; Rodrigues; Lopes, 2016).

Dados da Organização Pan-Americana da Saúde mostram que cerca de 25 milhões de abortos não seguros ocorrem a cada ano em todo o mundo. No Brasil, a prática do aborto ainda permanece como um grave problema de saúde pública, tanto pela magnitude como pela persistência. Resultados da Pesquisa Nacional de Aborto, realizada em 2016, mostram que o aborto é um fenômeno frequente e persistente entre as mulheres de todas as classes sociais, grupos raciais, níveis educacionais e religiões. Há, no entanto, heterogeneidade dentro dos grupos sociais, com maior frequência do aborto entre mulheres de menor escolaridade, pretas, pardas e indígenas, vivendo nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, reafirmando, assim, ser o aborto um dos maiores problemas de saúde pública do Brasil. No ano de 2015 aproximadamente 416 mil mulheres realizaram aborto no país e, no ano seguinte, cerca de uma a cada cinco mulheres com 40 anos já havia realizado pelo menos um aborto (Diniz; Medeiros; Madeiro, 2017).

No Brasil, estudos mostram que um grande número de gravidezes não planejadas tem como desfecho o aborto, constituindo fator importante de morbidade e mortalidade materna (Finotti, 2015; Prietsch *et al*., 2011; Sanches, 2013). Pesquisa de âmbito nacional afirma ser o Nordeste a região do Brasil onde há uma maior estimativa de realização de abortos, considerando-se ainda que as mulheres que realizam o procedimento são em maioria negras e com baixo nível de escolaridade, demarcando características de cor e renda na realização do abortamento (IBGE, 2012).

Na Bahia, o aborto figura entre as principais causas obstétricas diretas de mortalidade materna, e Salvador é uma das capitais em que o aborto por muito tempo permaneceu como uma

das principais causas de óbito materno. De acordo com dados do Sistema de Informação em Saúde, a mortalidade materna por aborto na capital da Bahia se encontra em uma proporção de 14,3% das médias de demais capitais brasileiras (Brasil, 2015a). Atinge mulheres que, em sua grande maioria, são negras, solteiras e com baixo nível de escolaridade, revelando o drama das mulheres excluídas de bens sociais e com dificuldade de acesso aos serviços de atenção à saúde (Bahia, 2021).

Desse modo, ao optarem pela realização do aborto sem obter o suporte do Estado, as mulheres pobres se valem de iniciativas próprias, arcando com o ônus financeiro e possíveis repercussões danosas à saúde ao recorrerem a meios inseguros com alto risco de adoecimento e morte. Nesse sentido, se revela uma face perversa do acesso aos recursos para regular a fertilidade, negando-se às mulheres os direitos reprodutivos assegurados pela Constituição Federal (Moreira; Araújo, 2004).

Apesar de todas as transformações nos padrões de reprodução ocorridas nas últimas décadas, atualmente muitas mulheres convivem com gravidezes fruto de restrições à liberdade e à autonomia reprodutiva. Desse modo, a problemática da gravidez não planejada se configura em diversas classes socioeconômicas e faixas etárias em idade fértil, englobando desde mulheres muito jovens até as mais maduras, e que por uma série de circunstâncias não estão preparadas para tal.

Sendo assim, as condições sociais e econômicas desprivilegiadas a que são submetidas um grande número de mulheres usuárias da rede pública de saúde colaboram para que a tomada de decisão sobre seu corpo e sobre sua vida reprodutiva seja dificultada.

Isso exige que políticas públicas se concretizem com valorização do contexto em que se inserem as demandas femininas e viabilizem os direitos sexuais e reprodutivos, assegurando direitos de cidadania nesse âmbito (Coelho *et al*., 2012).

Dados da Pesquisa Nacional Nascer no Brasil mostrou que das 23.894 mulheres acompanhadas, 55,4% delas não planejaram sua última gestação. Dessas, aproximadamente 30% não desejaram a gestação, 9% ficaram insatisfeitas e 9,3% relataram ter tentado interromper a gravidez. Esses dados demonstram a importância da ampliação do planejamento reprodutivo no sentido de garantir às mulheres o direito de decidir se e quando desejam engravidar, bem como no intuito de melhorar os desfechos maternos e neonatais (Leal *et al*., 2018).

Pesquisas realizadas em diferentes estados brasileiros ratificam a alta prevalência de gravidez não planejada na experiência reprodutiva de mulheres. Em Salvador, estudo realizado na Estratégia Saúde da Família (ESF) evidenciou 66,5% de prevalência de gravidez não planejada (Coelho *et al*., 2012), seguido de 58% entre mulheres da área urbana do município de Montes Claros, Minas Gerais (Evangelista; Barbieri; Silva, 2015), 65% de gravidezes não planejadas na Região Sul (Prietsch *et al*., 2011), 81,2%, em estudo na zona norte de São Paulo (Nery *et al*., 2015) e 75,3% em um estudo com dados secundários do Sistema Integrado de Saúde (SIS) pré-natal (Bonatti *et al*., 2018). Essa realidade reafirma que o planejamento reprodutivo tem se apresentado como um desafio em diferentes localidades no país e expressa a fragilidade dos meios que deveriam facilitar escolhas reprodutivas.

Apesar de a pesquisa de âmbito nacional mostrar que o Brasil apresentou nas últimas décadas alta queda em sua fecundidade, passando de uma taxa de 6,3 filhos, em 1960, para 1,7 filho, por mulher, em 2015, essa redução aconteceu de diferentes formas entre as classes sociais, sendo as taxas de fecundidade das regiões menos desenvolvidas do país, Norte e Nordeste, de respectivamente 2,4 e 2,0 filhos, enquanto nas regiões mais desenvolvidas, Sul e Sudeste, são de 1,8 e 1,7 filho por mulher (Fundo de População das Nações Unidas, 2018).

Resultados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) mostram que a realização das intenções reprodutivas se dá de modo diferente entre as mulheres. O planejamento reprodutivo é mais difícil para aquelas de menor escolaridade, negras e residentes em regiões menos favorecidas do país, exatamente as que mais dependem da rede pública de saúde (Brasil, 2009; Brasil, 2015). No outro extremo, estão as mulheres com mais condições de planejar suas gestações, as de classes mais privilegiadas, na maioria, brancas, com maior escolaridade, mais de 35 anos de idade e em um relacionamento estável (Fundo de População das Nações Unidas, 2018; Viellas *et al*., 2014).

Embora o princípio de equidade do SUS tenha o objetivo de igualar a oferta de cuidados em saúde, buscando, inclusive, ofertar mais atenção para quem tem menos acesso e condição, as iniquidades em saúde no Brasil geram dificuldades de acesso às informações e aos contraceptivos, enfrentando-se nos serviços de saúde o desequilíbrio entre oferta e demanda (Carvalho *et al*., 2018). Sendo assim, apesar das melhorias observadas no contexto da atenção à

saúde sexual e reprodutiva nas últimas décadas, persistem as limitações enfrentadas pela maioria das mulheres no Brasil.

O uso de métodos contraceptivos pelas brasileiras está relacionado diretamente a variáveis socioeconômicas e demográficas delas. Houve redução da prevalência do uso de métodos definitivos, apesar de ainda estar distante dos *rankings* de países de primeiro mundo, nos quais métodos de longa duração (Larc) são mais utilizados. Há necessidade de expandir o alcance dos métodos Larc no SUS, por meio de mais informações sobre riscos e benefícios, bem como capacitação de profissionais de saúde para incrementar a oferta desses métodos (Trindade *et al*., 2021).

No âmbito geral, as mulheres continuam enfrentando dificuldades de diversas ordens para acesso a um atendimento específico às demandas reprodutivas. Pelas dificuldades encontradas no acesso ao serviço de saúde, a escolha do método anticoncepcional é frequentemente mediada pela experiência de amigas ou parentes. As farmácias privadas permanecem como principal fonte de obtenção de métodos reversíveis, a despeito dos esforços nessa esfera (Lago *et al*., 2016).

Estudo transversal que utilizou dados secundários de 17.809 mulheres mostrou que 80% das mulheres brasileiras em idade fértil utilizam algum método contraceptivo, em que o contraceptivo oral é o mais utilizado (34,2%). Cerca de 22,9% usavam algum método de esterilização, 17,3% a laqueadura e 5,6% a vasectomia, 4,4% o DIU, 9,8% utilizavam contraceptivos injetáveis, 40,6% a pílula anticoncepcional, 20,4% a camisinha masculina, 0,6% algum outro método moderno – camisinha feminina, anel, adesivo etc. – e 1,2% algum método tradicional – tabelinha, coito interrompido etc.

Considerando-se o recorte sociodemográfico, mulheres pretas/pardas, nortistas e com baixa escolaridade são mais esterilizadas, enquanto as brancas, com maior escolaridade, e das regiões Sul e Sudeste são as que mais utilizam contraceptivo oral e dupla proteção. Apesar das melhorias observadas, ainda existem desigualdades de acesso à contracepção no país (Trindade *et al.*, 2021).

As mulheres que apresentam gravidez não planejada e indesejada, em sua grande maioria, utilizam métodos contraceptivos de forma equivocada ou tem dificuldade no acesso aos mesmos, fatos que contribuem para a ocorrência da gravidez. A utilização errônea dos contraceptivos está relacionada diretamente com a falta de informação e desconhecimento sobre o método, devido a questões socioeconômicas e à ineficiência do sistema de saúde e suas instituições, que não conseguem fornecer instruções adequadas e necessárias sobre a prevenção da gravidez não planejada (Rodrigues; Lopes, 2016).

Pesquisas também evidenciam que mulheres de raça/cor parda e preta, de baixa escolaridade e baixa renda familiar estão mais expostas a uma gestação não prevista em função do restrito acesso à informação e aos contraceptivos e do baixo poder de negociação do uso de preservativo com o parceiro (Brasil, 2015b; Coelho *et al.*, 2012).

Scavone (2004), há duas décadas, se referia a mulheres em condições socioeconômicas desfavoráveis e que não reconhecem seus direitos sobre a reprodução como aquelas para as quais a contracepção é mais complicada, com prescrições realizadas sem considerar as necessidades individuais e o contexto de vida das mulheres.

Somam-se a esses fatores as desigualdades de gênero presentes no contexto da reprodução, contribuindo para que o prazer

masculino predomine, o que gera dificuldades de negociação para as mulheres, quando não protegidas por contraceptivos. A participação masculina com a assunção de responsabilidades na contracepção e na reprodução é enfaticamente defendida pelo movimento feminista.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem ressalta o direito e a obrigação dos homens em participar de todo o ciclo do planejamento reprodutivo no sistema público de saúde, mas reconhece que o incentivo a essa participação ainda é frágil, ficando as mulheres com as responsabilidades sobre a contracepção em meio a circunstâncias adversas e expostas a gravidez não planejada (Brasil, 2008).

A baixa participação dos homens na contracepção e a falta de apoio do companheiro na gravidez não planejada são consideradas fatores de grande relevância na determinação da indução do aborto diante de uma gravidez não prevista (Fonseca, 2018). Nessa direção, Parcero (2012) defende que a qualidade do relacionamento se apresenta como elemento importante para a continuidade de uma gravidez não planejada, e o aborto é um desfecho associado à recusa da gravidez pelo parceiro, percepção de um relacionamento ruim, incerteza sobre o futuro do relacionamento e receio de negação da paternidade.

Na ocorrência das gravidezes não planejadas, valoriza-se, ainda, a participação de mecanismos inconscientes relacionados à constituição da identidade feminina, fruto de construções sociais e históricas que contribuíram para a estruturação de uma forte ideologia em torno da maternidade enquanto desígnio feminino. Desse modo, mudanças nos papéis sociais femininos ao longo da história,

que inclui a ampliação da participação das mulheres no mercado de trabalho, não conseguiram reverter a naturalização da relação cultural mulher e maternidade, sendo a identidade feminina ainda construída nessa direção (Scavone, 2004).

Nesse sentido, Debray (1988) afirma que, na ocorrência de uma gravidez não prevista, existe interferência de mecanismos inconscientes que geram ambivalência no discurso da mulher ao verbalizar os desejos em relação à gravidez. Chama atenção para a autonomia possibilitada pelos métodos contraceptivos que trazem às mulheres o sentimento de que dominam sua fecundidade, entretanto motivações subjetivas muitas vezes culminam em gravidez.

Szejer e Stewart (1997) analisam os esquecimentos em tomar a pílula anticoncepcional ou em usar a camisinha, por exemplo, como sendo atos falhos, representantes do discurso inconsciente. O que revela que o desejo pela gravidez não é manifestado de forma consciente, mas, na prática, inconscientemente, esse desejo foi planejado. Assim, afirmam que, justamente pelo fato de o desejo não pertencer à esfera do consciente, dá-se um "interjogo" entre vontade (consciente) e desejo (insconsciente), o que pode fazer com que uma mulher venha a gestar, apesar de dizer que não o quer.

Essas interações de fatores mostram a gravidez não planejada como fenômeno multifacetado, tendo em vista que, no contexto em que se insere uma gestação, fatores de ordem biológica, social e subjetiva se intersecionam, possibilitando que ela aconteça. As condições materiais têm importância singular, pois, embora não sejam determinantes para a escolha da maternidade, definem suas características e possibilidades (Scavone, 2004).

Assim sendo, as decisões a tomar diante de uma gravidez não planejada sofrem influência de fatores subjetivos e sociais presentes no contexto em que as mulheres estão inseridas. Na realidade brasileira, são responsáveis pelo aumento do número de abortos no país, constituindo um importante problema de saúde pública, pois, realizados em condições inseguras, figuram entre as principais causas de mortalidade materna (Diniz; Medeiros; Madeiro, 2017; Vieira *et al*., 2002).

Ter a reprodução sob seu controle é, para as mulheres, condição fundamental para o desenvolvimento de um projeto autônomo de vida. Considerando ser o aborto legal permitido somente em situações muito restritas no Brasil, a gravidez não planejada pode interromper precocemente estudos, projetos de desenvolvimento profissional, pessoal ou de outra ordem. Nesse sentido, monitorar a manutenção/redução de desigualdades de acesso a meios de regulação da fecundidade é essencial para oportunizar a todas as mulheres o direito de decidir sobre o melhor momento para ter ou não ter filhos(as) e reduzir o abismo que separa as mulheres ricas das pobres no contexto sexual e reprodutivo no Brasil (Lago, 2015).

Em nosso país, em se tratando das responsabilidades que tem a rede pública em reverter a situação apontada, a ESF apresenta-se como possibilidade de se obter respostas mais efetivas. Na sua proposta de reorganização do modelo assistencial, o discurso sobre saúde é focado nas condições de vida da(o) usuária(o), no conhecimento e respeito das especificidades locais e na substituição do modelo curativo pela prevenção, promoção e recuperação da saúde, centrado na qualidade de vida dos indivíduos e do seu meio ambiente (Franco; Merhy, 2004).

Os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (Brasil, 2020) ratificam que a estratégia saúde da família se mantém como o principal modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS, com resultados exitosos ao longo do tempo no sentido do trabalho comunitário e da equidade. Nessa perspectiva, é imperativo destacar a importância e potencialidade da ESF com sua capilaridade, cobertura de 131 milhões de brasileiros e seus atributos de responsabilidade territorial e orientação comunitária, com foco na comunicação e educação em saúde, com medidas de prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde, vigilância em saúde com detecção, notificação, rastreamento e acompanhamento dos casos de doenças; no cuidado à saúde da população; no apoio social às populações vulneráveis e grupos de risco em articulação com organizações e lideranças locais; e na continuidade dos cuidados desse grande contingente populacional que tem as unidades básicas de saúde (UBS) como seus serviços de procura regular (Brasil, 2020).

Na ESF, as equipes multiprofissionais estabelecem uma relação de proximidade com as demandas da população das áreas adscritas, facilitando o acesso e a utilização dos serviços através de atividades educativas e clínicas, articuladas ao contexto em que as necessidades de saúde são geradas. Contudo, no contexto dos direitos reprodutivos, estudos citados apontaram falhas importantes na APS, além do fato de um grande número de mulheres usuárias da rede pública de saúde se encontrarem em condições de vulnerabilidade social e econômica, o que contribui para que a tomada de decisão sobre seu corpo e sobre a sua vida seja dificultada, incluindo o planejamento reprodutivo.

Observações empíricas de anos de prática profissional na atenção ao pré-natal e ao planejamento reprodutivo na rede básica de saúde e na área hospitalar mostram que um número significativo de mulheres refere cotidianamente gravidez não planejada na sua experiência reprodutiva. No Brasil, poucos estudos exploram as gravidezes não planejadas em mulheres não adolescentes, havendo lacunas de conhecimento quanto às circunstâncias de sua ocorrência, com escassez na literatura científica de trabalhos que abordam a interseção de fatores biológicos, sociais e subjetivos e sua relação com o contexto em que a mulher está inserida no momento em que a gravidez acontece.

O projeto matriz *Ocorrência de gravidez não planejada em área de cobertura do Programa Saúde da Família em Salvador-Bahia*, desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher, Gênero e Integralidade do Cuidado, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (Eenf-UFBA), se propôs a estudar, entre outros aspectos, o contexto em que se insere a gravidez não planejada.

Tendo em vista que, na atualidade, ações em contracepção são praticadas em todo o sistema de saúde e as mulheres têm a possibilidade da livre escolha reprodutiva, foi realizada a pesquisa "Circunstâncias de ocorrência da gravidez não planejada", que integra o projeto mais amplo e atendeu aos objetivos de descrever o contexto de vida de mulheres usuárias da ESF por ocasião da ocorrência de gravidez não planejada e analisar as circunstâncias da gravidez referida como não planejada a partir dos contextos de sua ocorrência na vida de mulheres.

A pesquisa foi desenvolvida sob a abordagem qualitativa e enfoque teórico de gênero, com dez mulheres cadastradas em duas

Unidades de Saúde da Família (USF) localizadas no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário de Salvador-Bahia, sendo o material empírico produzido por meio de entrevistas semiestruturadas. Os depoimentos das participantes do estudo foram analisados pela técnica de análise de discurso, sendo esse considerado por Fiorin (2011) como o meio em que se expressam posições sociais, cujas representações ideológicas são materializadas na linguagem. A análise de discurso revela a visão de mundo das pessoas inscritas no discurso, sendo determinada socialmente. As participantes da pesquisa são identificadas no texto por nomes fictícios.

Os resultados da pesquisa são divulgados neste livro, organizado em duas partes. A parte I, intitulada "Maternidade, direitos reprodutivos e gênero – historicidade e fundamentos teóricos", constituída por cinco capítulos:

1) "Ideologia da maternidade – revisitando a história": abordagem teórica em relação à construção da identidade feminina e à maternidade, mostrando a influência histórica, cultural e social em torno da ideologia da maternidade. Evidencia-se que, apesar dos grandes avanços no campo dos direitos reprodutivos, da contracepção e das mudanças relacionadas às concepções sociais de maternidade, perdura a construção da identidade feminina na direção da maternidade, apesar de outros valores terem sido agregados.

2) "Maternidade na atualidade": a maternidade é abordada em suas nuances e desafios a partir de contextos históricos, sociais e culturais de grandes mudanças relativas à liberdade reprodutiva. São destacadas sua persistente naturalização e o exercício pelas mulheres sob dupla jornada de trabalho.

3) “Direitos reprodutivos das mulheres e políticas públicas”: abordagem teórica sobre os direitos reprodutivos das mulheres no contexto das políticas públicas no Brasil. Dá ênfase às transformações ocorridas no campo reprodutivo em meio às políticas públicas de saúde da mulher e a situação do planejamento reprodutivo no país, possibilitando uma visão geral sobre a forma como as mulheres brasileiras têm sido atendidas nos seus direitos reprodutivos. Os estudos apontam para a precariedade da assistência em anticoncepção no Brasil, com limitado acesso das mulheres aos métodos, bem como às informações sobre o leque de opções para regular a fecundidade.

4) “Planejamento reprodutivo no contexto das políticas públicas”: o tema é abordado sob a perspectiva dos direitos reprodutivos e das políticas públicas. Têm destaque a permanência de questões de gênero associadas a dificuldades para a corresponsabilização dos homens no planejamento reprodutivo e a baixa qualidade da atenção, que afeta mulheres de camadas mais pobres e das áreas rurais.

5) “Gênero como categoria analítica”: gênero é apresentado segundo sua historicidade e fundamentos teóricos. Gênero orienta toda a análise e discussão do material empírico que, na pesquisa, se alinha aos princípios dos direitos reprodutivos.

A parte II, designada como “Contextos de ocorrência da gravidez não planejada em mulheres adultas”, constituída por três capítulos:

6) “Ambivalência do desejo na ocorrência da gravidez não planejada”: os resultados apresentados nesse capítulo são oriundos do relato de mulheres, cujos discursos revelam que, embora não apresentassem o desejo manifesto de uma gravidez para aquele

momento, o tinham latente movido por uma subjetividade em que ser mãe é naturalizado como condição para ser mulher em plenitude. Por isso, para algumas mulheres, tais circunstâncias são marcadas por sentimentos de ambivalência que se intersecionam com dificuldades de acesso aos contraceptivos e com o desejo do parceiro.

7) "Condições adversas e o lugar do parceiro na gravidez não planejada": é analisada e discutida a forte presença da falta de apoio do parceiro em meio a condições adversas para vivenciar a gravidez. Quando mulheres se vêem diante de uma gravidez não planejada, enfrentam sentimentos contraditórios e conflitantes que se potencializam com condições socioeconômicas difíceis. A corresponsabilização do parceiro na ocorrência da gravidez e nos encargos consequentes poderá constituir condição balizadora do desfecho da gestação.

8) "Interseção entre dificuldades de acesso à contracepção e responsabilidade do parceiro na gravidez não planejada": dificuldades de acesso à informação e aos contraceptivos na rede oficial e mantenedora da atenção à saúde da mulher, as precárias condições financeiras e a pouca corresponsabilidade do parceiro são abordadas em interseção como razões atribuídas pelas mulheres à ocorrência de gravidez não planejada.

A pesquisa desenvolvida amplia o conhecimento no campo dos direitos sexuais e reprodutivos e oferece subsídios para o redirecionamento de ações de planejamento reprodutivo na ESF no sentido da garantia de acesso à informação e aos meios contraceptivos e redução da gravidez não planejada e do abortamento. Contribui também para o redirecionamento de políticas públicas, no nível das

práticas de saúde e de gestão do sistema, com ações voltadas para as demandas das mulheres, no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, vislumbrando o direito das mulheres e do casal à livre escolha sobre a reprodução.

Referências

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno Infantil. *Boletim Epidemiológico*, n. 1, jul. 2021. Disponível em: https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2018/05/boletimVEO_obitoMaternoNo01_2021-1.pdf. Acesso em: 13 jan. 2022.

BONATTI, A. F. *et al.* Fatores associados ao tipo de gestação não planejada na estratégia de Saúde da Família. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 871-876, 2018. Disponível em: http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6256. Acesso em: 16 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006*: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf.
Acesso em: 23 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. *Sistema de Informações sobre Mortalidade* – SIM. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: http://sim.saude.gov.br/default.asp. Acesso em: 15 jan. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher*: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf. Acesso em: 13 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Manual instrutivo do Pmaq*: para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Nasf. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf. Acesso em: 24 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher*: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf. Acesso em: 30 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política nacional de atenção integral à saúde do homem (Princípios e Diretrizes)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf. Acesso em: 27 mar. 2021.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015c. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnpm-versaoweb.pdf. Acesso em: 23 fev. 2021.

CARVALHO, M. C. de M. P. *et al*. Presença masculina no planejamento familiar: experiências e propostas de intervenções. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, Rio de Janeiro, v. 85, n. 23, p. 102-107, 2018. Disponível em: https://teste.revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/252. Acesso em: 15 abr. 2021.

COELHO, E. de A. C. *et al*. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 415-422, jun. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ape/a/W9z9WJQLDFX7mVxhwFGLzkq/. Acesso em: 27 jan. 2021.

DEBRAY, R. *Bebês/mães em revolta*: tratamento psicanalítico conjuntos dos desequilíbrios psicossomáticos precoces. Porto Alegre: Artes médicas, 1988.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 653-660, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/8LRYdgSMzMW4SDDQ65zzFHx/. Acesso em: 24 abr. 2021.

EVANGELISTA, C. B.; BARBIERI, M.; SILVA, P. L. N. da. Gravidez não planejada e fatores associados à participação em programa de planejamento familiar. *Journal Research Fundamental Care Online*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 2464-2474, 2015. Disponível em: https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/3633. Acesso em: 15 jan. 2021.

FINOTTI, M. *Manual de anticoncepção*. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2015. Disponível em: file:///C:/Users/tayla/Downloads/manual-anticoncepcao-febrasgo-2015-pdf.pdf. Acesso em: 17 fev. 2021.

FIORIN, J. L. *Linguagem e ideologia*. 8. ed. São Paulo: Ática, 2011.

FONSECA, J. G. *Itinerários abortivos de mulheres*: um recorte geográfico no Estado da Bahia. 2018. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/29536/1/Tese_Enf%20Jamile%20Guerra%20Fonseca.pdf. Acesso em: 29 mar. 2021.

FRANCO T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado a mudanças do modelo tecnoassistencial. *In*: MERHY, E. E. *et al. O trabalho em saúde*: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2004. p. 100-123.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Fecundidade e Dinâmica da População Brasileira*. Brasília, DF: UNFPA, 2018.Disponível em: https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/fecundidade-e-dinamica-da-populacao-brasileira-folder. Acesso em: 13 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Economia; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa nacional de saúde*: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101764. Acesso em: 29 abr. 2021.

IBGE. *Censo Brasileiro de 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html. Acesso em: 23 jun. 2020.

LAGO, T. di G. do *et al*. Ouvindo mulheres: contracepção no município de São Paulo. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 20., 2016, São Paulo. *Anais* [...]. São Paulo: Abep, 2016. Disponível em: http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/2587/2512. Acesso em: 25 jun. 2020.

LAGO, T. di G. do. Nascimentos não planejados no Brasil eram 46% em 2006: diminuíram? *Revista Brasileira de Estudos de População*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 387-394, maio/ago. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbepop/a/663nWdLMG9n8B89v9CRpF9q/. Acesso em: 29 mar. 2021.

LEAL, M. do C. *et al*. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema único de Saúde (SUS). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1915-1928, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/bD6WFWKvTDvBWS8yZ4BHcBP/. Acesso em: 11 nov. 2020.

MALDONADO, M. T. *Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério*. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MOREIRA, M. H. C.; ARAÚJO, J. N. G. de. Planejamento familiar: autonomia ou encargo? *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 9, n. 3, p. 389-398, set./dez. 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pe/a/8qWkHwGrWfrs5w4fjydTMSq/?lang=pt. Acesso em: 11 jan. 2021.

NERY, I. S. *et al*. Fatores associados à reincidência de gravidez após gestação na adolescência no Piauí, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 24, n. 4, p. 671-680, out./dez. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ress/a/m6xPVL9LLzrxBRfPJJ8RdZM/?lang=pt. Acesso em: 23 abr. 2021.

PARCERO, S. M. de J. *Participação do parceiro na gravidez não planejada segundo o olhar das mulheres.* 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/handle/ri/12175. Acesso em: 20 dez. 2020.

PRIETSCH, S. O. M. *et al*. Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 1906-1916, out. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001000004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 6 jul. 2020.

RODRIGUES, C. D. da S.; LOPES, A. O. S. A gravidez não planejada de mulheres atendidas no pré-natal das Unidades Básicas de Saúde. *Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, Pernambuco, v. 10, n. 32, p.70-87, nov./dez. 2016. Disponível em: https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/579/0. Acesso em: 4 set. 2020.

SANCHES, N. C. *Gravidez não planejada*: a experiência das gestantes de um município do interior do estado de São Paulo. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-16012014-154537/pt-br.php. Acesso em: 3 fev. 2022.

SCAVONE, L. *Dar a vida e cuidar da vida*: feminismo e ciências. São Paulo: Ed. UNESP, 2004.

SZEJER, M.; STEWART, R. *Nove meses na vida da mulher*: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

TRINDADE, R. E. *et al*. Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, p. 3493-3504, 2021. Supl. 2. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/wYMBdngQjR9dRs48jbwjCVL/. Acesso em: 2 mar. 2022.

VIELLAS, E. F. *et al*. Assistência pré-natal no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, p. 85-100, 2014. Supl. 1. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/CGMbDPr4FL5qYQCpPKSVQpC/?lang=pt. Acesso em: 4 jan 2022.

PARTE I

Maternidade, direitos reprodutivos e gênero

HISTORICIDADE E FUNDAMENTOS TEÓRICOS

CAPÍTULO 1

Ideologia da maternidade

REVISITANDO A HISTÓRIA

Jussilene Jesus Sousa Boer
Edméia de Almeida Cardoso Coelho
Andiara Rodrigues Barros

Na sociedade moderna, a figura da mãe passou a ser exaltada, sugerindo a maternidade como desígnio feminino. Antes dessa época, não se atribuía importância a ser mãe, e, na Europa, as mulheres não amamentavam seus(suas) filhos(as), sendo função das amas de leite, pagas para tal. Essa prática, comum entre as mulheres dos séculos XVI a XVIII, levanta dúvidas sobre a existência do instinto materno (Badinter, 1985).

Com as transformações sociais, econômicas e políticas que ocorreram na sociedade a partir do final do século XVIII, como a ascensão da burguesia, a criação dos Estados Nacionais e início da industrialização, a diminuição da população europeia é vista como um problema para o capitalismo, que necessita de mão de obra crescente para seu desenvolvimento. Nesse momento histórico, foram lançadas políticas pró-natalistas, passando-se a valorizar a vocação maternal como característica inerente às mulheres (Ávila, 2003; Rea, 2003).

Nesse contexto, além dos interesses do Estado, apresentam-se os interesses da Igreja, cujo discurso é dirigido para o controle do corpo das mulheres, defendendo-se a maternidade como lugar de redenção, com a qual a vida sexual deve estar obrigatoriamente

vinculada. Por outro lado, encontram-se os interesses da medicina que, em meio aos discursos de exaltação da maternidade, estabelece a medicalização do corpo feminino, passando a ser área de conhecimento e da prática médica (Ávila, 2003; Rea, 2003).

Diante da descrença das mulheres da condição da maternidade como vocação, proliferaram conselhos sobre maternagem e vários livros e manuais foram escritos para ensiná-las a serem boas mães, sendo naturalizado que as crianças deveriam ser amamentadas por suas mães biológicas, e que a criação de filhos(as) era tarefa exclusivamente feminina (Rea, 2003). Para atender às novas exigências e interesses da sociedade capitalista, o espaço público é legitimado como espaço masculino e símbolo de liberdade, desafios, poderes e produção, enquanto a mulher é confinada à esfera privada, sendo seu papel social reduzido à reprodução, ao cuidado dos(as) filhos(as), do marido e às atividades domésticas (Rocha-Coutinho, 1994).

O discurso que nega o mundo público às mulheres a partir do século XIX:

> [...] é um discurso naturalista, que insiste na existência de duas 'espécies' com qualidades e aptidões particulares. Aos homens, o cérebro (muito mais importante do que o falo), a inteligência, a razão lúcida, a capacidade de decisão. Às mulheres, o coração, a sensibilidade, os sentimentos (Perrot, 1992, p. 176).

Não se trata, porém, de falar desse século como a origem das desigualdades e da opressão, pois:

> O século XIX nada inventou nesse domínio; ele apenas reformula uma questão muito antiga, na verdade eterna, reapropriando-se dela. Talvez com uma intensidade particular, na medida em que a construção das democracias ocidentais vem acompanhada, e mesmo apoiada, numa definição mais estrita do público e do privado e dos papéis sexuais [...] o século XIX liberal marcaria um divisor na questão (Perrot, 1992, p. 172).

Os seios que amamentam e o útero que gera filhos(as) conferem proximidade da mulher com a natureza, e o dever de ser mãe passa a ser desígnio feminino, reduzindo-se sua função a gerar filhos(as), cuidar e se envolver emocionalmente nessas atividades. Serão esses os símbolos da identidade feminina reproduzidos através dos séculos seguintes (Pedreira, 2008). Nesse sentido, reafirmamos que a ideologia em torno da maternidade, reelaborada a partir do século em foco, é construída sob uma lógica biologicista.

A identidade feminina é construída na direção da maternidade, quando, desde crianças, as meninas são ensinadas a serem mães e preparadas para os cuidados maternos, desde as roupas cor de rosa que são designadas a vestir até às brincadeiras com bonecas, fazendo papel de mãe. Além disso, são orientadas a adotar modos e comportamentos considerados próprios do feminino, identificando-se desde cedo com suas mães. Essa identificação produz a menina como uma mãe e, uma vez dominadas por essas pressões cognitivo-psicológicas, as meninas passam a preferir "coisas de mulher", a exemplo da maternidade (Chodorow, 1990). Esse modelo de mulher é legitimado pelas principais instituições sociais, como família, escola, igreja e mídia, contribuindo para a reprodução social da idealização do papel de mãe.

A ideologia em torno da maternidade, que atribui à mulher todos os deveres e obrigações em relação à criação dos(as) filhos(as), limita a função social da mulher e a presença dela no mundo público (Scavone, 2004). Regra válida, sobretudo, para as mulheres burguesas, pois as pobres construíam, cotidianamente, as condições de sobrevivência fora do espaço privado, ajudando financeiramente no sustento da família por meio da lavagem de roupas, pequenos comércios e outras atividades (Perrot, 1992).

Em contraposição à concepção ideologizada sobre a maternidade, Chodorow (1990) defende que não existe nenhuma prova biológica de que hormônios ou cromossomos definam a maternagem como própria do feminino, havendo evidências de que homens e mães não biológicas podem proporcionar cuidados maternos tão adequadamente quanto as mães biológicas e sentir-se tão maternas quanto elas. Logo, os cuidados maternos são construções sociais que não têm bases biológicas, pois mesmo quem defende componentes fisiológicos na "identificação projetiva" da mãe com seu bebê no ventre refere que essa dura pouco tempo após o parto, podendo prolongar-se, no máximo, até o período da lactação e depois perde a significação. A internalização do papel de maternar se constrói no psicológico, a partir das influências vivenciadas, no preparo que as mulheres têm para o papel de mãe, identificando-se com as funções ditas femininas.

No entanto, tem perdurado a romantização da maternidade como fator de realização do "ser mulher" e de dever feminino de dedicação exclusiva. Já as mulheres que optam por não ter filhos(as) sofrem a pressão da maternidade compulsória como destino final das mesmas (Caporal *et al.*, 2017).

O discurso social sobre a maternidade como vocação começou a se modificar no século XX, pois, com as duas grandes guerras mundiais, as mulheres foram incentivadas a sair do espaço privado e ampliar a sua atuação no mundo produtivo. Fizeram o papel de exército de reserva, haja vista que os homens haviam partido para os campos de batalha e as fábricas necessitavam de mão de obra para a manutenção do desenvolvimento econômico (Caixeta; Barbato, 2004).

Os meios de comunicação e a ciência se empenharam em estimular as mulheres a assumirem esses espaços, mostrando vantagens e encantos do mundo público. Todavia, no pós-guerra, com o retorno dos homens, elas são obrigadas a voltar para o espaço privado e, mais uma vez, a mídia e a ciência atuam, dessa vez para tratar dos prejuízos que o trabalho fora de casa representava para o desenvolvimento dos(as) filhos(as), a partir de um discurso de culpabilização da mulher que não exercesse em tempo integral seu papel de mãe e doméstica (Caixeta; Barbato, 2004). Entretanto, as mulheres não recuaram e, insatisfeitas com o lugar secundário que ocupavam na sociedade, passaram a reivindicar outros direitos sociais. Mobilizadas como movimento feminista, a partir da década de 1960, elas passaram a denunciar as condições de injustiça às quais estavam submetidas e ampliaram a luta por direitos de cidadania.

O processo crescente de industrialização e urbanização fez com que as mulheres ampliassem sua participação no espaço público, com maior acesso ao mercado de trabalho, à educação formal e à formação profissional, entretanto, mantêm as responsabilidades relativas às tarefas domésticas e à criação de filhos(as),

instalando-se a dupla jornada de trabalho. Conviver com essas mudanças é sacrificante para as mulheres que passam a ter sobrecarga de trabalho ao unir o trabalho fora de casa com o trabalho doméstico. Nesse contexto, há mudanças nas concepções idealizadas de maternidade, buscando-se a realização de outros desejos, além de ser mãe (Lo Bianco, 1985; Scavone, 2001). Assim, as discussões sobre a maternidade, como escolha, se dão numa época em que predominavam ideias conservadoras em defesa de verdades estabelecidas a partir de valores morais, bons costumes e da valorização da família.

No final da década de 60 do século XX, o movimento feminista se organiza politicamente na Europa e, na década de 1970, no Brasil, defendendo a reapropriação do corpo pela mulher e a liberdade reprodutiva pela dissociação entre sexualidade e procriação. As conquistas, sobretudo no campo da contracepção, viabilizaram maior autonomia e liberdade e criaram a possibilidade da escolha entre ser ou não ser mãe (Coelho; Fonseca; Garcia, 2005; Scavone, 2004).

Se no início do século as mulheres tinham uma função materna bem definida que se sobrepunha a todos os papéis tidos como femininos, tais valores passam por uma reestruturação posteriormente. A maternidade passa a se configurar como uma livre decisão que pode ser adiada e, até mesmo, descartada (Bortoletto, 1992). Assim, com o questionamento crítico a respeito do instinto materno e da concepção idealizada de maternidade, as mulheres conquistam o direito de viver autenticamente a produção de seus desejos (Azambuja, 1986).

Com o reconhecimento dos direitos reprodutivos como direitos humanos, em 1994, na Conferência Internacional sobre População

e Desenvolvimento, Conferência do Cairo, e sua legitimação como questão política, o Estado passa a se responsabilizar em prover meios para que as mulheres possam exercer a cidadania reprodutiva (Fundo de População das Nações Unidas, 1994).

Para Scavone (2004), a escolha reflexiva da maternidade se apresenta como um elemento importante desse período da história, que possibilita às mulheres tomar decisões na esfera reprodutiva sem medos, culpas ou qualquer sentimento de não realização individual e/ou social. Para a autora, as mulheres não devem necessariamente abrir mão da maternidade, pois ela pode ter um significado importante. Apenas precisam sentir-se em liberdade para fazer suas escolhas, compreendendo que a maternidade não deve ser entendida como uma condição natural, mas como possibilidade, cabendo à mulher decidir, a partir de uma escolha reflexiva, se deseja ou não ter filhos(as), bem como quando e quantos quer ter.

Referências

ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para políticas de saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, p. 465-469, 2003. Supl. 2. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/q9MctdsGhp3QSKspjfPt5Rx/. Acesso em: 20 jan. 2010.

AZAMBUJA, S. C. A mitologia e a realidade da maternidade. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, *v.* 20, n. 4, p. 601-611, 1986.

BADINTER, E. *Um amor conquistado*: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BORTOLETO, M. C. O que é ser mãe? *Revista viver psicologia*, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 25-27, 1992.

CAIXETA, J. E.; BARBATO, S. Identidade feminina: um conceito complexo. *Revista Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 28, p. 211-220, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/paideia/a/k7N97NMTq5LRFRNdh6hxZxq/. Acesso em: 5 jan. 2022.

CAPORAL, B. R. *et al*. Romantização da maternidade: reflexões sobre gênero. *In:* SEMINÁRIO INTERINSTITUCIONAL DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO. REDES E TERRITÓRIOS, 22., 2017, Rio Grande do Sul. *Anais* [...]. Rio Grande do Sul: Unicruz, 2017. Disponível em: https://home.unicruz.edu.br/seminario/anais/anais-2017/XXII%20SEMINÁRIO%20INTERINSTITUCIONAL%202017%20-%20ANAIS/PÓS-GRADUAÇÃO%20-%20RESUMO%20EXPANDIDO_Ciências%20Sociais%20e%20Humanidades/ROMANTIZAÇÃO%20DA%20MATERNIDADE_REFLEXÕES%20SOBRE%20GÊNERO.pdf. Acesso em: 16 jan. 2022.

COELHO, E. de A. C.; FONSECA, R. M. G. S. da; GARCIA, T. R. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e saúde da mulher: conquistas e desafios. *In:* VANIN, I. M.; CONÇALVEZ, T. (org.). *Formação de formadores em gênero para trabalhadoras do setor comércio*: projeto especial para a participação das mulheres no mundo do trabalho. Salvador: REDOR, 2005. (2006) (Caderno Gênero e Trabalho). p. 101-116. (Convénio TEM/SPPE/CODEFAT n° 077/2005).

CHODOROW, N. *Psicanálise da maternidade*: uma crítica a Freud a partir da mulher. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1990.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Conferência do Cairo). Brasília, DF: UNFPA, 1994. Disponível em: https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/relat%C3%B3rio-da-confer%C3%AAncia-internacional-sobre-popula%C3%A7%C3%A3o-e-desenvolvimento-confer%C3%AAncia-do. Acesso em: 5 jan. 2022.

LO BIANCO, A. C. "Psicologização do Feto". *In:* LO BIANCO, A. C. *Cultura da psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1985. p. 38-52.

REA, M. F. Gravidez, parto, puerpério e amamentação. *In*: BERQUÓ, E. (org.). *Sexo & vida*: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. São Paulo: Ed. Unicamp, 2003. p. 197-225.

ROCHA-COUTINHO, M. L. *Tecendo por trás dos panos*: a mulher brasileira nas relações familiares. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

PEDREIRA, C. S. Sobre mulheres e mães: uma aproximação à teoria do cuidado. Feminismos e maternidade: diálogos (im)pertinentes. *In:* SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO: CORPO, VIOLÊNCIA E PODER, 8., 2008, Florianópolis. *Anais* [...]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2008.

PERROT, M. *Os excluídos da história*: operários, mulheres e prisioneiros. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

SCAVONE, L. *Dar a vida e cuidar da vida*: feminismo e ciências. São Paulo: Ed. UNESP, 2004.

SCAVONE, L. Maternidade: transformação na família e nas relações de gênero. *Interface*: comunicação, saúde e educação, Botucatu, v. 5, n. 8, p. 47-60, 2001. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/NzTkJJrXYGPHDZ3sQRbR9tc/abstract/?lang=pt. Acesso em:4 mar. 2022.

CAPÍTULO 2

Maternidade na atualidade

Jussilene Jesus Sousa Boer
Edméia de Almeida Cardoso Coelho
Andiara Rodrigues Barros

A literatura do início do século XXI mostra que, apesar dos grandes avanços no campo dos direitos reprodutivos, da contracepção e das mudanças relacionadas às concepções sociais de maternidade, a influência histórica, cultural e social em torno da maternidade ainda tem importante significado na construção da identidade feminina, apesar de outros valores terem sido agregados (Barbosa; Rocha-Coutinho, 2007; Faria, 2008; Scavone, 2004).

Estudo realizado com mulheres em idade fértil acerca dos hábitos relacionados a escolhas dos contraceptivos mostra que, apesar da modificação do comportamento reprodutivo, mantém-se a idealização da maternidade como significado de "ser mulher", sendo esse papel determinante na identidade feminina. As mulheres conquistaram a liberação biologicamente, mas, orientadas por sua construção identitária, continuam engravidando, amamentando, cuidando de filhos(as) e tomando essa responsabilidade exclusivamente para si (Faria, 2008).

Resultado de pesquisa realizada com mulheres sobre as suas concepções acerca da maternidade mostra que esta continua sendo concebida como santificação e condição natural para a

maioria das participantes do estudo. Sendo assim, permanecem sentindo um grande desejo de serem mães, independentemente da correlação que algumas fazem em causar sofrimento, angústia ou alegria, percebendo o "ser mãe" como algo bom para sua vida. Ao mesmo tempo em que enfatizam também a realização pessoal através da profissão, sentem-se culpadas por não se dedicarem aos(às) filhos(as) da forma como lhes foi ensinado (Bezerra; Moreira, [2004]).

Vê-se que a maternidade não constitui mais a única fonte de identidade social das mulheres e a carreira profissional se apresenta com um significado importante, facilitada pela contracepção moderna, que possibilita a conciliação entre trabalho e vida familiar (Ferrand, 2007). Com essas condições, a mulher pode vir a se sentir plena e realizada, não apenas por meio da maternidade, mas também pela sua atividade profissional, uma vez que a realização pode acontecer por diversos objetos de desejo (Sansson, 1988).

Assim, nas últimas décadas, mudanças importantes nos papéis sociais femininos e nas construções identitárias têm sido foco de discussões. Nessa perspectiva, Martinez e Barbieri (2011) defendem que a maternidade na atualidade, em meio à conciliação com outros papéis sociais, tem implicações e conflitos distintos para as mulheres.

Para Beltrame e Donelli (2012), diante de dois aspectos que influenciam a realização da mulher, ser mãe e ter uma carreira profissional, muitas têm adiado a maternidade, pois a consolidação de um espaço no mercado de trabalho e a construção de uma carreira tem se tornado prioridade na vida da mulher pós-moderna. As mulheres que optam por serem mães mais cedo são

estigmatizadas, têm sobrecargas e tendem a postergar o retorno ao trabalho. Nesse sentido, a vivência da maternidade e da carreira suscita que as mães criem estratégias nesses dois ambientes para conciliar os múltiplos papéis.

Afirmamos, portanto, que a crença da mãe como única capaz de cuidar do(a) filho(a) traz sentimentos de ansiedade e insatisfação na mulher. Já a supervalorização da carreira gera medo de provocar a ausência excessiva e uma terceirização demasiada dos cuidados com a criança. Buscando a conciliação desses papéis no espaço público e no privado, a mulher contemporânea vem ocupando espaços sociais, se reorganizando e buscando redes de apoio. Por isso, as mulheres que se inserem nesses dois espaços devem ser compreendidas, levando-se em consideração a realidade particular de cada família e de cada mulher.

Na atualidade, a maternidade se apresenta como um desafio para muitas mulheres pela dupla jornada de trabalho que precisam enfrentar e como únicas responsáveis, em sua maioria, pelas tarefas domésticas e cuidado com filhos(as). Beltrame e Donelli (2012) ressaltam que, para os homens, trabalho e família são complementares, mas, para as mulheres, as duas áreas são demasiadamente importantes. Por esse motivo, entram muitas vezes em conflito e, cada vez mais, no caso das brasileiras, a maternidade é adiada para depois dos 40 anos de idade. Nesse contexto, muitas delas carregam sentimento de culpa por supostamente estarem falhando como mães ou profissionais. São sentimentos ambíguos entre a carreira e a maternidade que obrigam a maioria a se tornar equilibrista para conciliar os dois papéis. Assim, atualmente, muitas

querem conquistar sucesso profissional e estabilidade, mas sem abandonar o sonho da maternidade.

O cenário atual é marcado por uma diversidade de possibilidades para a vida da mulher, com maior inserção no mercado de trabalho e participação mais ativa na vida pública. Por conseguinte, distintos movimentos de mulheres têm levado pesquisadoras(es) à reflexão sobre o lugar do feminino na atualidade. A escolha de não ter filhos(as) tem sido uma possibilidade e uma realidade que, além de questionar o lugar socialmente legitimado para a mulher, desnaturaliza a maternidade.

Questiona-se, portanto, o lugar social e natural da mulher totalmente vinculado à experiência da maternidade, e diretamente relacionado à vida conjugal e à manutenção do casamento, o que a afastava do mundo do trabalho e da vida pública. Aquelas que, tanto no passado histórico quanto na atualidade, buscaram fugir ou rebelar-se ante as normas naturalizadas sobre seus percursos foram e continuam sendo olhadas com certa suspeita, caracterizadas como mulheres incompletas, tristes, solitárias e menos femininas (Barbosa; Rocha-Coutinho, 2012).

Ainda que tenham ocorrido muitas conquistas no cenário histórico-social, persiste ainda o questionamento sobre o desejo feminino e sobre sua relação com a maternidade, que continua sendo cobrada, mesmo que silenciosamente, como destino intrínseco ao percurso feminino. Assim sendo, embora nas últimas décadas os valores e as representações acerca da mulher e da maternidade tenham passado por grandes mudanças, sua naturalização e condição para a realização feminina ainda persistem.

Mantém-se uma expectativa com relação às mulheres no sentido de que elas não só trabalhem e tenham trajetórias individuais, mas que também continuem a ter filhos(as), dedicando-lhes cuidados desmedidos, o que provoca diversos conflitos, pois cada vez mais o trabalho, os estudos e a vida social representam ideais de realização, desenvolvimento e autonomia (Badinter, 2010). Uma vez que os melhores anos para a consolidação da carreira profissional coincidem com a época propícia para a geração dos(as) filhos(as), o potencial biológico e de trabalho têm seu ápice no mesmo período e muitas mulheres são colocadas diante do dilema da escolha. Alguns projetos de maternidade são abandonados por conta de um adiamento de longo prazo. Quando a carreira se consolida e o desejo de ser mãe passa a ser levantado, esses projetos não coincidem mais com o tempo biológico da mulher e ela não pode mais ter filhos(as) por causa da menopausa ou mesmo por dificuldades para engravidar em decorrência da idade (Barbosa; Rocha-Coutinho, 2007).

Assim, a maternidade permeou e delimitou a trajetória feminina historicamente e continua a influenciar a vida das mulheres, mas, na atualidade, suas escolhas se dão em contextos com abertura a diferentes destinos, havendo, inclusive, a possibilidade da não maternidade como escolha assumida socialmente.

No entanto, o estudo mostrou ambivalência nos discursos ao demonstrar que, embora destino feminino e maternidade não sejam mais sinônimos, os atravessamentos acerca do "dever" da mulher em ser mãe continuam a se fazer presentes, inclusive entre as mulheres que referem ter autonomia e possibilidades de tomada de decisão. A dificuldade em assumir tais escolhas diz respeito à maneira como a maternidade ainda é considerada um valor pessoal

e social na vida das mulheres modernas. Na atualidade, para muitas mulheres, "ser mãe" perdeu centralidade e a experiência da não maternidade expressa o atual conflito entre os ideais tradicionais e outros destinos femininos que são destoantes uns dos outros. Outros ideais de vida se colocaram de modo mais intenso do que os socialmente delineados e o "ser mulher" da atualidade aparece nos discursos como satisfação própria, individualidade, autonomia e liberdade. Ainda assim, é difícil conceber um caminho e um destino, pois significa romper com sistemas estruturantes que atravessaram o percurso feminino durante os últimos séculos (Emídio; Gigek, 2019).

Por conseguinte, muitas mulheres vivem hoje um dilema entre a maternidade e a realização profissional, pois sabem que não têm a vida toda para se tornarem mães biológicas. Acreditamos que a evolução contínua dos papéis sociais e maiores questionamentos e reflexões sobre as construções de gênero podem ajudar nesse dilema, sendo necessário que homens e mulheres possam dividir equitativamente as responsabilidades no mundo privado, na criação dos(as) filhos(as) e nos cuidados domésticos. Isso possibilitará às mulheres fazer escolhas com maior autonomia, e, se a maternidade for o seu desejo, que possam vivenciá-la sem precisar deixar de lado seus demais projetos de vida.

Em estudo empírico realizado por Barbosa e Rocha-Coutinho (2012), o discurso das mulheres expressa o que hoje está presente no imaginário social, o ideal parece residir numa tentativa da mulher de conciliar a maternidade e a realização profissional. Desse modo, consideram que a mulher, hoje, pode e deve conquistar novos papéis, sem, contudo, abrir mão da maternidade, uma vez que só

com a chegada de um(a) filho(a) ela se tornaria um ser verdadeiramente completo. Contudo, assinalam que novas possibilidades parecem estar se abrindo a cada dia para as mulheres, entre elas a opção pelo adiamento ou pela não maternidade.

Entendemos, nesse contexto, que as formas de socialização de mulheres e homens constituem fator determinante tanto para a manutenção quanto para a transformação dos papéis de gênero que orientam a dinâmica das famílias, do mercado de trabalho e da sociedade em geral. Portanto, são pontos importantes para a vida das mulheres: a participação cada vez maior das mesmas no provimento financeiro da família, mudanças na socialização das crianças, bem como maior participação dos homens nas atividades domésticas e nos cuidados com filhos(as).

Assim sendo, podemos dizer que a maternidade hoje já começa a ser vista como um projeto, como uma decisão pessoal, e não mais como definidora da identidade feminina e desígnio feminino. No mercado de trabalho, a maternidade é um desafio, pois se mulheres fora do período puerperal costumam enfrentar dificuldades diante do mercado formal em decorrência das desigualdades de gênero, as recém-mães são expostas a conflitos no retorno ao trabalho após o período da licença-maternidade diante das demandas sociais e emocionais.

A inserção profissional das mulheres sofre influência da visão machista de que mulheres aumentam despesas pela condição biológica de poder gerar filhos(as) e assim usufruir de direitos legais como: licença maternidade remunerada, pausa para a amamentação, auxílio-creche e estabilidade no emprego. Além disso, retornam ao trabalho com bebês pequenos, com muitas demandas

de cuidados, o que poderia comprometer seu desempenho laboral (Godoy *et al.*, 2011; Nascimento; Bôas, 2015).

Um estudo mostrou que, após a licença maternidade, mulheres se sentem vulneráveis quando retornam ao trabalho e 70% delas demonstraram sentimentos negativos relacionados ao mesmo (Krause, 2017). Resultados de outra pesquisa mostraram os papéis de mãe, esposa e de trabalhadora por meio de uma carreira profissional na constituição da identidade feminina. Percebeu-se que a maternidade influencia a carreira fazendo com que mulheres repensem sua continuidade após a maternidade (Fabbro; Heloani, 2010).

Em estudo que buscou caracterizar as implicações na relação de mulheres com o trabalho e rotina pessoal após a licença, foi constatado que a maternidade é uma experiência que influencia a rotina e o trabalho da mulher, mas que ela opta pela conciliação dos papéis por perceber os benefícios sociais, cognitivos e emocionais do trabalho (Garcia; Viecili, 2018).

Resultados de outra pesquisa destacam que na contemporaneidade há mulheres conciliando a função materna com a posição de chefia no espaço profissional, e mostrou que essa conciliação desenvolve a liderança feminina. Assim, a maternidade se mostrou uma influência positiva para o trabalho feminino, gerando o fortalecimento das práticas profissionais de mulheres mães (Michel; Nunes, 2022). A atividade profissional e a maternidade merecem o reconhecimento pelo mercado de trabalho, uma vez que o cuidado, a capacidade de ensinar e a empatia são habilidades que podem ser aproveitadas (Justo; Carvalho; Kristensen, 2014).

Os discursos em torno da identidade feminina e da maternidade traduzem um sistema simbólico que envolve crenças e valores construídos socioculturalmente em torno de representações históricas sobre a mulher. Desse modo, após meio século de luta do movimento feminista pela liberdade reprodutiva, a maternidade já não é vista como único lugar de realização social das mulheres, mas sua naturalização ainda acompanha a formação da identidade de gênero, interferindo nos padrões de reprodução.

As escolhas das mulheres nesse campo serão mais reflexivas e racionais quanto maior for a possibilidade de acesso à informação e aos meios de regular a fertilidade, mas sua cidadania reprodutiva é também influenciada pela qualidade de vida, o que envolve informação e acesso à educação, renda digna, moradia, transporte, bens e serviços, todos componentes do processo de construção da autonomia, da liberdade e do empoderamento feminino.

Referências

BADINTER, E. *O conflito*: a mulher e a mãe. Rio de Janeiro: Ed. Record, 2010.

BARBOSA, P. Z.; ROCHA-COUTINHO, M. L. Maternidade: novas possibilidades, antigas visões. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 163-185, 2007.

BARBOSA, P. Z.; ROCHA-COUTINHO, M. L. Ser mulher hoje: a visão de mulheres que não desejam ter filhos. *Psicologia & Sociedade*, Minas Gerais, v. 24, n. 3, p. 577-587, jul. 2012.

BELTRAME, G. R.; DONELLI, T. M. S. Maternidade e carreira: desafios frente à conciliação de papéis. *Aletheia*, Canoas, n. 38-39, p. 206-217, maio/dez. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942012000200017&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 mar. 2023.

BEZERRA, A. L.; MOREIRA, K. F. A. *Maternidade*: o determinismo biológico do ser mulher na construção de uma identidade feminina. [*S. n.*: *s. l*], p. 1-8, [2004]. Não Publicado. Disponível em: https://1library.org/document/qvxxp80y-maternidade-determinismo-biologico-construcao-identidade-arethusa-bezerra-fernanda.html. Acesso em: 10 fev. 2021.

EMÍDIO, T. S.; GIGEK, T. "Elas não querem ser mães": algumas reflexões sobre a escolha pela não maternidade na atualidade. *Trivium*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 186-197, jul./dez. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-48912019000200007. Acesso em: 11 jan. 2022.

FABBRO, M. R. C.; HELOANI, J. R. M. Mulher, maternidade e trabalho acadêmico. *Investigación y Educación en Enfermería*, Medellín, v. 28, n. 2, p. 176-186, jul. 2010.

FARIA, M. A. de. *Escolha ou destino feminino*: repensando concepções do corpo e reprodução entre mulheres usuárias de uma unidade de saúde em Curitiba. 2008. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/handle/10183/12760. Acesso em: 13 mar. 2022.

FERRAND, M. *Sociologia da contracepção e do aborto*: a contribuição da análise das relações de gênero. Santa Catarina: UFSC, 2007. Aula inaugural do 11º Curso de metodologia da UFSC. Disponível em: www.sociolog/contracep/aborto.ufsc.br. Acesso em: 2 jan. 2009.

GARCIA, C. F.; VIECILI, J. Implicações do retorno ao trabalho após licença-maternidade na rotina e no trabalho da mulher. *Fractal*: revista de psicologia, Niterói, v. 30, n. 2, p. 271-280, maio/ago. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/fractal/a/4zVSP8j3SKn9Rf9TtNvzWzn/abstract/?lang=pt. Acesso em: 1 mar. 2022.

GODOY, M. B. *et al*. Situação trabalhista da mulher no ciclo grávido-puerperal. *Investigação y Educación en Enfermería*, Medellín, v. 29, n. 1, p. 47-53, jan./mar. 2011. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072011000100006#:~:text=Segundo%20a%20legislação%20brasileira%20a,cinco%20meses%20após%20o%20parto.&text=Os%20resultados%20demonstram%20a%20falta,durante%20o%20ciclo%20grávido-puerperal.
Acesso em:18 mar. 2022.

JUSTO, A. R.; CARVALHO, J. C. N.; KRISTENSEN, C. H. Desenvolvimento da empatia em crianças: a influência dos estilos parentais. *Psicologia, Saúde e Doenças*, Lisboa, v. 15, n. 2, p. 510-523, 2014. Disponível em: https://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/9059. Acesso em: 17 fev. 2022.

KRAUSE, L. I. *Mulher, trabalho e maternidade*: demandas no retorno da licença-maternidade. 2017. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Comportamento) – Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2017.

MARTINEZ. A. L. M.; BARBIERI, V. A experiência da maternidade em uma família homoafetiva feminina. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 28, n. 2, p. 175-185, abr./jun. 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/estpsi/a/kHWYJnthMbdFCwVKKW9bM3J/. Acesso em: 21 mar. 2022.

MICHEL, K. D.; NUNES, M. P. Mães Gestoras. Uma análise da influência da maternidade na vida profissional das líderes. *Espacio Abierto*, Zulia, v. 31, n. 1, p. 30-54, ene./mar. 2022. Disponível em: https://www.redalyc.org/journal/122/12270216002/html/. Acesso em: 13 abr. 2022.

NASCIMENTO, G. A. F.; BÔAS, R. V. V. Proteção da mulher: direito individual e social à igualdade de condições no mercado de trabalho e ao direito à maternidade. *Conpendi Law Review*, [*s. l.*], v. 1, n. 6, p. 156-172, 2015. Disponível em: https://indexlaw.org/index.php/conpedireview/article/view/3459/0. Acesso em: 9 mar. 2022.

SANSSON, F. N. A representação psíquica da maternidade: estudo de caso. *Psicologia clínica*, Rio de Janeiro, n. 3, p. 55-62, 1988.

SCAVONE, L. *Dar a vida e cuidar da vida*: feminismo e ciências. São Paulo: Ed. UNESP, 2004.

CAPÍTULO 3

Direitos reprodutivos das mulheres e políticas públicas

Jussilene Jesus Sousa Boer
Edméia de Almeida Cardoso Coelho
Andiara Rodrigues Barros

Os direitos reprodutivos se apresentam como instrumentos importantes para a cidadania, cujo exercício somente será possível a partir da conquista da autonomia, entendida como a liberdade de existir, de decidir, de refletir, de sair da tutela do outro (Ávila, 1992). Fundamentam-se nos princípios da autonomia e da liberdade reprodutiva que possibilitam às mulheres decidir sobre seu próprio corpo e vivenciar a sexualidade dissociada da procriação.

A partir de princípios aristotélicos, a liberdade pode ser definida como a capacidade de escolher e decidir, com espontaneidade plena, sem ser forçada por nada ou por ninguém. Pressupõe-se a capacidade de darmos um sentido novo ao que parecia fatalidade, transformando a situação numa nova realidade, criada por nossa própria ação (Chauí, 2000).

Sendo assim, os direitos reprodutivos buscam fazer com que as mulheres sejam pessoas plenas, com capacidade para escolher e decidir livremente sobre sua vida reprodutiva, desfazendo, assim, a lógica do determinismo biológico, que define a maternidade como desígnio feminino.

Todavia, em decorrência dos contrastes sociais existentes, os recursos para que as mulheres tomem decisões diferem muito, afetando o exercício dos direitos reprodutivos. Para que as decisões reprodutivas sejam realmente "livres", e não compelidas pelas circunstâncias, torna-se necessário que exista a autonomia sustentada na premissa dos direitos sociais, condição que fortalece a base dos direitos reprodutivos das mulheres. Assim, o exercício dos direitos reprodutivos está diretamente relacionado à ação do Estado, pois os direitos envolvem não somente liberdades pessoais, mas igualmente obrigações sociais, sendo necessárias para a sua efetivação políticas públicas e meios que viabilizem escolhas e decisões conscientes (Corrêa; Petchesky, 1996).

Nas primeiras décadas do século XX, quando se reivindicaram direitos sociais e políticos, como o direito ao voto, à educação, à igualdade salarial, ao divórcio, a regulação da fertilidade e a defesa dos direitos reprodutivos ainda não estavam em pauta, mas, no início do século, as primeiras mobilizações se dão nos Estados Unidos, tendo como líder a enfermeira e feminista Margareth Sanger, que se mostra sensível às queixas das mulheres no campo da reprodução, por razões sociais, econômicas ou de saúde. Na Inglaterra, o movimento foi liderado por Marie Stopes (Rodrigues, 1990). Contudo, a mobilização das mulheres pela liberdade reprodutiva se inicia a partir da década de 60 do século XX, na Europa, quando o feminismo se caracteriza como movimento politicamente organizado, reivindicando a (re)apropriação do corpo e o reconhecimento dos problemas das mulheres como questões políticas (Scavone, 2004).

Nessa época, nos países desenvolvidos, as mulheres passam a ter acesso aos métodos contraceptivos, principalmente à pílula, que possibilita maior autonomia e liberdade reprodutiva. No Brasil, entretanto, esse contraceptivo entra no mercado no final da década de 1960, como ação controlista de organismos internacionais, juntamente com a prática indiscriminada de esterilização de mulheres pobres (Ávila; Corrêa, 1999). No mesmo período, os Estados Unidos implementam a política de ajuda econômica por meio de empréstimos aos países do terceiro mundo, pressionando o governo brasileiro a adotar políticas de controle populacional (Pedro, 2003).

As mulheres foram submetidas aos programas de esterilização e a altas dosagens hormonais contidas na pílula naquele período, não sendo, na maior parte das vezes, informadas sobre os efeitos desses métodos e sobre a irreversibilidade da laqueadura, com consequências para a sua saúde. Essas práticas foram viabilizadas por entidades privadas, financiadas por capital estrangeiro, como a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (Bemfam) e o Centro de Pesquisas de Assistência Integral à Mulher e à Criança (Cpaimc), atuando principalmente junto às camadas populares, com distribuição gratuita de anticoncepcionais, sem os critérios devidos (Pedro, 2003).

Além do uso crescente da pílula, a esterilização feminina foi praticada de modo pouco criterioso, tornando-se o método de maior utilização até o início da década atual. No grande contingente de mulheres submetidas a tal procedimento, destacam-se aquelas mais desfavorecidas economicamente, utilizando-se o argumento da hipossuficiência econômica, o que caracteriza uma

visão neomalthusiana, utilizada na perspectiva do controle da natalidade, ainda que tal perspectiva nunca tenha sido assumida pelo Estado brasileiro (Pedro, 2003). Essa foi uma prática adotada pela Bemfam e Cpaimc nas décadas de 60 e 70 do século XX, construindo-se uma cultura de que a esterilização é o que se vislumbra no horizonte após algum tempo de uso de métodos hormonais e após o nascimento de filhos(as) que atendam aos padrões de cada família, sobretudo na zona urbana (Coelho; Lucena; Silva, 2000).

Segundo Ávila e Corrêa (1999), a busca significativa das mulheres brasileiras pela esterilização é reflexo das difíceis condições em que vivenciam a maternidade, como a responsabilidade pela criação de filhos(as) e pelo trabalho doméstico. Não havendo uma política de saúde reprodutiva assumida pelo Estado e implementada pela rede de saúde, faltou às mulheres informação adequada e garantia de acesso a métodos reversíveis.

No Brasil, o movimento feminista se organiza politicamente no final da década de 1970 e os direitos sobre o corpo passam a ser ponto principal da sua luta. Do final dessa década ao início dos anos 1980, é introduzida a noção de saúde integral da mulher, até então concebida apenas nos aspectos da reprodução biológica. As discussões sobre a saúde reprodutiva são incorporadas pelas feministas brasileiras quando o discurso sobre direitos e cidadania compunha o debate político pela redemocratização do país, articulado às premissas de autonomia e justiça social na saúde, o que resultou no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism), em 1984 (Ávila; Corrêa, 1999).

Nesse tempo histórico, movimentos em prol da saúde reprodutiva das mulheres se expandiam em várias partes do mundo, cuja

finalidade era fazer com que as mulheres pudessem ter a autonomia de decidir sobre sua vida sexual e reprodutiva em ótimas condições de saúde e bem-estar econômico e social. Buscou-se, assim, relacionar o princípio do direito da mulher de decidir às condições sociais, econômicas e políticas que tornavam tais decisões possíveis (Corrêa; Petchesky, 1996).

A partir de 1984, após o Congresso Nacional de Saúde e Direitos Reprodutivos, ocorrido em Amsterdã, o termo "direitos reprodutivos" ganha internacionalmente legitimidade social e política, abarcando os conceitos com os quais se trabalhava na luta pela liberdade reprodutiva, relacionado à livre escolha da maternidade, ao aborto e à contracepção, enfim, à saúde integral da mulher (Portella, 2007; Scavone, 2004).

Na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994, o conceito adquire verdadeira legitimidade institucional, entendido como "o direito de indivíduos e casais de tomar decisões livres de coerção com relação ao número e espaçamento de filhos e filhas e de como tê-los/las ou não tê-los/las", sendo conferida ao Estado a responsabilidade em viabilizar esse direito (Giffin; Costa, 1999).

A conferência traz para discussão a qualidade das políticas públicas existentes nos campos da sexualidade e da reprodução, mostrando a importância de, além de se operar no campo da contracepção, serem formuladas políticas sociais mais amplas sob a perspectiva de gênero. Também foi ressaltado o tratamento das mulheres como cidadãs de segunda classe, tendo em vista estarem, em relação aos homens, em piores condições sociais, econômicas e culturais (Corrêa; Jannuzzi; Alves, 2003).

Em 1995, na IV Conferência Mundial sobre as Mulheres, em Beijing, os direitos reprodutivos foram reafirmados como direitos humanos das mulheres e defendido seu exercício livre de discriminação, coerção e violência. Para tal, seria necessária a promoção do desenvolvimento humano e do bem-estar, com reforço das políticas de educação, emprego, saúde, respeito ao meio ambiente e empoderamento das mulheres sob a perspectiva da equidade de gênero (Portella, 2007).

Na tentativa de responder aos tratados internacionais e avançar nas políticas de atenção às mulheres, o Brasil criou, em 2003, a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), que, em 2011, foi elevado ao *status* de ministério, cumprindo importante papel nos avanços relacionados aos direitos sexuais e reprodutivos. Nesse período, foram realizadas Conferências de Mulheres a níveis municipais, estaduais e nacional, culminando em três conferências nacionais, que suscitaram a elaboração dos Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres (PNPM), pautados no contexto da saúde da mulher, seus direitos sexuais e reprodutivos e em políticas de promoção da igualdade de gênero (Brasil, 2015).

O PNPM 2013-2015 inclui, em seu terceiro capítulo, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Pnaism), elaborada pelo Ministério da Saúde em 2004 e revisada em 2011. Entre os instrumentos do PNPM, cita-se a criação dos Organismos de Políticas para as Mulheres (OPM), cujo papel é monitorar e acompanhar a sua implementação, pois dela depende a assistência para a grande maioria da população feminina brasileira, sobretudo aquela pertencente às classes mais pobres (Brasil, 2015).

Contudo, com base na prática e nos estudos realizados, apesar dos avanços nas políticas públicas, são necessários maiores subsídios para a criação de um mecanismo nacional que garanta os direitos reprodutivos das mulheres e do casal, mediante articulação das três esferas de governo – união, estados e municípios –, e que possibilite o aumento da cobertura e da eficácia das ações desenvolvidas. Percebe-se que o sistema precisa propiciar uma maior responsabilização da atuação dos gestores públicos com a igualdade de gênero nas várias esferas de ações de governo, garantindo a transversalidade do tema.

O atendimento aos direitos reprodutivos de mulheres e homens, na perspectiva de gênero, exige atuação e ação coordenadas, por se tratar de tema que envolve outras políticas públicas. Nessa perspectiva, a efetivação das políticas públicas, através de ações que viabilizem os direitos reprodutivos, possibilita às mulheres e ao casal maior liberdade no campo da reprodução. Nesse âmbito, se incluem garantia de acesso a todos os meios que proporcionem autonomia e favoreçam a tomada de decisão sobre suas demandas sexuais e reprodutivas, tendo como objetivo promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher.

Sendo assim, embora sejam reconhecidos avanços após a CIPD do Cairo, no que tange ao exercício dos direitos reprodutivos, há muito a ser realizado. A equidade de gênero e a universalização da saúde reprodutiva são metas que, apesar dos avanços, estão ainda distantes daquilo que foi estabelecido. Além da persistência das práticas patriarcais nesse contexto, persistem ideais machistas que colocam a mulher como única responsável pela gestão da fecundidade. Com acesso limitado a informações e a métodos contraceptivos no

sistema público de saúde, mulheres ficam expostas a gravidezes não planejadas/indesejadas, ao aborto e a suas consequências.

Referências

ÁVILA, M. B.; CORRÊA, S. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. *In*: GALVÃO, L.; DIAZ, J. (org.). *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec: Population Concil, 1999. p. 73-99.

ÁVILA, M. B. *Direitos reprodutivos*: uma invenção das mulheres. Recife: SOS Corpo, 1992. Mimeografado.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnpm-versaoweb.pdf. Acesso em: 13 abr. 2022.

CHAUÍ, M. A Liberdade. *In*: CHAUÍ, M. *Convite à filosofia*. 13. ed. São Paulo: Ática, 2000. p. 459-473.

COELHO, E. de A. C.; LUCENA, M. F. G. de; SILVA, A. T. de M. Políticas de Planejamento Familiar em João Pessoa- PB: análise das contradições existentes entre o discurso oficial e a prática. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 119-127, jun. 2000. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/GQGxr4WynhdyQWX66YqMPyK/abstract/?lang=pt. Acesso em: 2 abr. 2022.

CORRÊA, S.; JANNUZZI, P. de M.; ALVES, J. E. D. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. [*S. n.*], Rio de Janeiro, p. 1-16, 2003. Projeto "Sistema de Indicadores Municipais em Saúde Sexual e Reprodutiva", coordenado pela ABEP e IBGE. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6853405/mod_resource/content/1/Dir_Sau_Rep.pdf. Acesso em: 8 maio 2022.

CORRÊA, S.; PETCHESKY, R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva Feminista. *PHISYS*: revista da saúde coletiva, Rio Janeiro, v. 6, n. 1-2, p. 147-177, 1996. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/K7L76NSSqymrLxfsPz8y87F/. Acesso em: 13 abr. 2022.

GIFFIN, K; COSTA, S. H. (org.). *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. Disponível em: https://static.scielo.org/scielobooks/t4s9t/pdf/giffin-9788575412916.pdf. Acesso em: 6 jan. 2010.

PEDRO, J. M. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. *Revista Brasileira de História*, São Paulo, v. 23, n. 45, p. 239-260, 2003. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbh/a/CBwFBCqgdprcPL8x53x8bNz/. Acesso em: 10 jan. 2010.

PORTELLA, A. P. Direitos reprodutivos e direitos sexuais: impasses e desafios do Movimento Feminista. *Caderno de Crítica Feminista*: reflexões feministas para transformação social, Recife, ano 1, n. 1, p. 96-105, 2007.

RODRIGUES, G. C. *Planejamento familiar*. São Paulo: Ática, 1990.

SCAVONE, L. *Dar a vida e cuidar da vida*: feminismo e ciências. São Paulo: Ed. UNESP, 2004.

CAPÍTULO 4

Planejamento reprodutivo no contexto das políticas públicas

Jussilene Jesus Sousa Boer
Edméia de Almeida Cardoso Coelho
Andiara Rodrigues Barros

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism) foi o primeiro passo dado pelo Estado brasileiro para atender às necessidades específicas da saúde das mulheres, vista, até então, apenas como mãe e reprodutora pelos Programas de Assistência Materno-Infantil. Um dos grandes méritos do Paism foi a inclusão do planejamento familiar como campo de atenção necessário à saúde da mulher. Constitui importante marco histórico referendado pela Constituição de 1988, que acrescentou às funções do Estado a responsabilidade pela promoção do acesso ao planejamento familiar a toda a população (Brasil, 2004).

As atividades no campo do planejamento familiar são regulamentadas pela Lei nº 9.263/96 e devem ser desenvolvidas a partir de um conjunto de ações que garantam a mulheres e homens autonomia na constituição, limitação ou aumento da prole, orientados por ações preventivas e educativas, com acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade. Essas condições devem ser garantidas em todas as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo respeitado o princípio da integralidade à saúde (Brasil, 1996).

Entretanto, indicadores epidemiológicos evidenciavam atenção precária e excludente, ou até inexistente em algumas localidades, com maior prejuízo para as mulheres oriundas das camadas mais pobres e das áreas rurais. Assim, em 2001, esse campo de atenção é incluído na Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas), sendo reafirmado que as ações de planejamento familiar devem fazer parte da atenção básica e que estão entre as responsabilidades mínimas da gestão municipal em relação à saúde da mulher (Brasil, 2004).

Apesar das iniciativas oficiais, a atenção ao planejamento familiar reprodutivo manteve-se fragmentada, com desequilíbrio entre oferta e demanda e compondo um conjunto de fatores responsáveis pela gravidez não planejada e seus desfechos. Persistiam os problemas na produção, controle de qualidade, aquisição e logística de distribuição dos insumos, manutenção da continuidade da oferta de métodos anticoncepcionais e capacitação de gestores, de gerentes e de profissionais de saúde e permanecia a dificuldade de acesso dos grupos historicamente excluídos (Brasil, 2011b).

Na perspectiva de preencher lacunas no âmbito da atenção à saúde da mulher e incorporar o enfoque de gênero, integralidade e promoção da saúde como princípios norteadores, foi criada, em 2004, e revisada, em 2011, a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Pnaism), que busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento reprodutivo, na atenção ao abortamento inseguro e aos casos de violência doméstica e sexual. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades

e necessidades (Brasil, 2011b). Após alguns anos, muitos municípios no Brasil não haviam conseguido implantar de forma integral e equânime as ações propostas, comprometendo os direitos sexuais e reprodutivos.

Em 2007, o Programa de Planejamento Familiar ganha um novo arcabouço, que prevê a ampliação do acesso gratuito a preservativos, dispositivo intrauterino (DIU), contraceptivos orais e contraceptivos injetáveis, esterilização cirúrgica – laqueadura tubária e vasectomia –, além de meios diagnósticos da gravidez. Os contraceptivos orais e injetáveis também foram incorporados à lista de medicamentos das farmácias privadas credenciadas ao Programa Farmácia Popular (PFPB) e podem ser adquiridos com até 90% de desconto. A proposta também inclui uma ampla campanha de esclarecimento e estímulo ao planejamento familiar, com a distribuição, em larga escala, de material educativo sobre os diferentes métodos de contracepção (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2007).

A literatura evidencia iniciativas no Brasil para ampliar o acesso aos métodos contraceptivos, com ênfase nos métodos modernos. Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) introduziram a obrigatoriedade da cobertura de procedimentos em contracepção como DIU e esterilizações. Além disso, chegaram ao mercado nacional outros contraceptivos, como o adesivo intradérmico (*patch*), o anel vaginal e o implante subcutâneo, métodos de média e longa duração (*Long Acting Reversible Contraceptives* – Larc), porém se apresentam com restrito acesso entre as mulheres no Brasil. Por não dependerem do uso diário, esses métodos vêm sendo utilizados, em vários países, com importantes resultados

no controle da gravidez não desejada (Bahamondes; Bahamondes, 2014; Sitruk-Ware; Nath; Mishell Junior, 2013).

Pesquisa revelou que 80% das mulheres estudadas relataram utilizar algum método contraceptivo, sendo o contraceptivo oral o mais utilizado (34,2%), seguido dos cirúrgicos (25,9%) e das camisinhas (14,5%). O DIU foi o método menos utilizado. Em decorrência do maior acesso à informação, foi constatado o declínio de métodos cirúrgicos, pois as mulheres optaram por métodos reversíveis e igualmente eficazes. No entanto, aquelas que vivem em maior vulnerabilidade social foram mais esterilizadas. Em sua maioria, pertencentes à Região Norte do Brasil, moradoras da zona rural, de cor preta ou parda, com menor grau de escolaridade e que não possuíam plano de saúde (Trindade *et al.*, 2021).

Nesse contexto de prevenção da gravidez indesejada, a contracepção de emergência se torna um medicamento importante, possibilitando às mulheres uma segunda chance de evitarem as consequências físicas e psicológicas que uma gravidez imprevista pode causar, incluindo a necessidade de um aborto ilegal ou clandestino (Bastos; Ventura; Brandão, 2014). A contracepção de emergência tem sido amplamente utilizada pelas mulheres brasileiras, especialmente por aquelas que frequentam os serviços públicos de saúde – em sua maioria mulheres jovens, mais escolarizadas e que trabalham –, permitindo a prevenção da gravidez não planejada nesse grupo. No entanto, o grupo mais vulnerável à gestação não intencional merece atenção especial por parte dos serviços de atenção à saúde, seja por meio do diálogo durante a oferta dos métodos contraceptivos, seja por meio da melhor divulgação dos métodos contraceptivos e dos outros métodos regulares, com

ênfase nos métodos de longa duração, como o DIU de cobre, disponibilizado na rede básica de saúde do SUS (Borges *et al*., 2021).

Vários estudos evidenciam que prover insumos em quantidade e periodicidade adequada é um desafio para os sistemas universais de saúde. Embora a disponibilidade seja uma das dimensões da oferta, ela é usada por muitos estudos como um meio para avaliar o acesso aos insumos e serviços (Mendes *et al*., 2014; Nascimento *et al*., 2017). A disponibilidade de métodos contraceptivos é um dos principais determinantes do seu uso e a diversificação é necessária para suprir, de forma universal e equitativa, as diferentes necessidades em saúde reprodutiva de mulheres em diferentes estágios da vida (Bellizzi *et al*., 2015; Borges *et al*., 2021; Darroch; Sedgh; Ball, 2011; Ross; Stover, 2013).

O acesso a métodos contraceptivos apresenta um grande impacto na saúde materno-infantil e o seu uso adequado diminui a incidência de gravidez indesejada e, consequentemente, a incidência de aborto provocado. Vale ressaltar que, no Brasil, essa é uma causa importante e persistente de mortalidade materna (Ahmed *et al*., 2012; Leal *et al*., 2018; Santos; Garcia, 2019).

Não tendo assegurado os meios que possibilitem à mulher o exercício dos direitos reprodutivos em plenitude, seis anos após a elaboração da Pnaism, foi criada a Rede Cegonha. Instituída no âmbito do SUS, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar o nascimento seguro e o crescimento e desenvolvimento saudáveis do(a) recém-nascido(a). Entre a série de ações para melhorar a atenção à saúde da mulher, a Rede Cegonha visa a implementação

de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e reprodutiva, aliada ao acesso aos métodos contraceptivos, com objetivo de garantir maior autonomia e qualidade de vida às mulheres e também às suas famílias (Brasil, 2011a).

Concomitante à Rede Cegonha, o Ministério da Saúde implantou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq-AB), com o objetivo de aumentar o acesso às unidades básicas de saúde e estimular melhorias na qualidade do cuidado ofertado, fomentando o aumento de investimento financeiro nas UBS que aderiram ao programa (Brasil, 2015).

Estudo recente demonstrou que, do ponto de vista econômico, a disponibilização de insumos contraceptivos de forma equitativa no serviço público de saúde continua sendo um desafio por ser complexa em termos logísticos, principalmente considerando as dimensões continentais do país e o princípio da universalidade do SUS. Os maiores incrementos em relação aos insumos contraceptivos foram nas UBS de municípios com o menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e nas que aderiram a todos os ciclos do Pmaq-AB (Ruivo *et al.*, 2021).

Há consenso na literatura de que o acesso a métodos contraceptivos melhorou no Brasil, mas sugerem que esse aumento não atende plenamente a demanda e a variedade dos métodos disponíveis no setor público ainda é limitada. Somente os preservativos estão amplamente disponíveis, sendo importante ampliar ainda a disponibilidade dos demais insumos, principalmente do DIU. Os métodos de longa duração reversíveis, como o implante subdérmico liberador de etonogestrel e o dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel precisam ser ofertados pelo SUS.

A limitação dos métodos ofertados dificulta a ampla utilização dos mesmos e reduzem a escolha das usuárias que, consequentemente, ficam dependentes apenas do tipo de método oferecido (Leal *et al.*, 2018; Ruivo *et al.*, 2021). Tenta-se promoção de equidade, mas é preciso superar as desigualdades regionais, sendo fundamental na atualidade monitorar a disponibilidade dos insumos para qualificar o planejamento reprodutivo (Ruivo *et al.*, 2021).

O planejamento reprodutivo só é possível quando há acesso aos recursos para levar adiante as escolhas, com informações seguras sobre a fecundidade e conhecimento sobre o corpo, com suporte e acompanhamento das pessoas que escolhem um determinado método. Isso requer acolhimento e qualidade nas orientações para mulheres/casais que procuram o programa e interação dinâmica entre profissional e usuárias(os).

Revisão de literatura realizada por Costa (2020) evidencia as fragilidades apontadas nos estudos referentes à assistência ao planejamento reprodutivo na atenção básica. Nos trabalhos, sobressaem-se a oferta limitada de contraceptivos, provisão irregular e a necessidade de capacitação para o manejo das ações dos profissionais de saúde com atuação na saúde da mulher. Convive-se com carência de espaços adequados para realização de atividades educativas, ausência de ações para grupos específicos, fragmentação da atenção com predomínio de ações técnicas, falta de articulação com os demais serviços e instâncias gestoras, atendimento prioritário ao público feminino e poucas ações voltadas para os homens.

Estudo realizado por Rocha e Cotrim (2020), cujo objetivo foi evidenciar os fatores intervenientes relacionados ao planejamento reprodutivo em unidades de atenção primária em saúde, evidencia

como principais fatores que interferem no planejamento familiar: a falta de informação das usuárias; a dificuldade de adesão aos métodos contraceptivos; responsabilidade reprodutiva em torno das mulheres e condições socioeconômicas; indisponibilidade dos métodos contraceptivos e falta de preparação profissional para a efetivação do planejamento reprodutivo; e dificuldade de utilização dos métodos contraceptivos, no caso de adolescentes, por medo ou vergonha da família saber sobre a vida sexual.

A desinformação da população sobre a importância do uso correto dos métodos contraceptivos é um fator agravante para a ocorrência da gravidez não planejada. O planejamento reprodutivo, oferecido de forma contínua e prolongada, pode contribuir para a redução do número de gestações indesejadas, de abortos ilegais e da mortalidade materna (Rocha; Cotrim, 2020).

Pesquisa evidenciou que mulheres que apresentam gravidez indesejada, em sua grande maioria, utilizavam métodos contraceptivos de forma equivocada, bem como a pouca participação das mulheres no serviço de planejamento reprodutivo e poucas visitas das equipes de saúde da família. Dessa forma, a utilização equivocada dos métodos contraceptivos está relacionada diretamente com a falta de informação e desconhecimento sobre o método, bem como a aspectos socioeconômicos e a ineficiência do sistema de saúde, que não consegue garantir a instrução necessária à população feminina sobre a prevenção da gravidez não planejada (Rodrigues; Lopes, 2016). Persistem as diferenças na contracepção relacionadas tanto a dificuldades no acesso a esses insumos quanto a fragilidades das ações em saúde reprodutiva para atingir as necessidades e preferências das mulheres em maior vulnerabilidade

social (Gonçalves *et al*., 2019). Desse modo, a assistência para as mulheres nos serviços de saúde não deve se enquadrar apenas no ciclo gravídico-puerperal. O cuidado necessita ocorrer de modo integral, incluindo também a prevenção da gestação indesejada (Anjos *et al*., 2013).

Estudos voltados ao planejamento reprodutivo discutem que profissionais têm direcionado suas ações na prescrição e na dispensação de métodos por demanda espontânea, fomentando lacunas no seguimento dos usuários e a descontinuidade de uso ou o emprego equivocado do método. Nesse sentido, o cumprimento de ações prioritárias e de equidade estabelecidas pelo SUS deve vislumbrar atividades educativas antes da obtenção do método na unidade, além da implantação de estratégias que estimulem a participação de homens e mulheres nas reuniões, com aquisição de insumos contraceptivos compatíveis com a demanda, permitindo assim o direito de cidadania reprodutiva e a promoção à saúde (Dombrowski; Pontes; Assis, 2013; Santos; Freitas, 2011; Silva; Bonan; Nakano, 2014; Silva *et al*., 2020).

Estudo mostrou que mulheres relataram ter engravidado mesmo tendo acesso a anticonceptivos e utilizando-os cotidianamente (Rodrigues; Lopes, 2016). Tal fato está relacionado à falta de conhecimento e à indevida utilização dos métodos contraceptivos, que possuem especificidades quanto à dosagem, tempo de ação e tempo de duração. Diante disso, faz-se necessário garantir o acesso aos métodos contraceptivos com a devida orientação, sendo indispensável para isso a ampliação dos espaços de diálogo e orientação sobre o planejamento reprodutivo, com atuação destacada da enfermeira no tocante ao desenvolvimento de ações

educativas, preventivas e de promoção da saúde (Lima *et al.*, 2015; Rodrigues; Lopes, 2016).

Portanto, há deficiências na abordagem educativa nas unidades de saúde, como a necessidade de capacitação em planejamento reprodutivo dos profissionais da rede de atenção e o incremento na oferta de ações educativas de modo grupal e contínuo, com envolvimento da gestão, equipe de saúde e toda a comunidade (Ferreira; Costa; Melo, 2014; Lélis, 2019; Nogueira *et al.*, 2016; Sousa *et al.*, 2021). A educação em saúde é um instrumento importante para prevenção da gravidez não planejada, sendo necessária a implementação efetiva de melhores estratégias de educação em saúde especial a esse grupo (Meirelles; Negreiros; Maia, 2014).

As atividades educativas são fundamentais como primeiro espaço de captação e vinculação de usuárias ao programa de planejamento reprodutivo, e por isso devem ser priorizadas para a construção de uma atenção em saúde que atue nas premissas da qualidade, da efetividade e da equidade, e que contribua para um cuidado mais autônomo e condizente com as necessidades de saúde sexual e reprodutiva dos indivíduos (Paiva *et al.*, 2019).

De modo geral, a maioria dos estudos empíricos tem mostrado que a assistência ao planejamento reprodutivo, no âmbito das Unidades de Saúde da Família (USF), enfrenta deficiências em várias etapas de implementação. Há pouco atendimento à demanda contraceptiva reversível e procedimentos contraceptivos cirúrgicos, fornecimento insatisfatório/irregular dos métodos, baixa provisão de insumos, baixa capacidade na oferta de métodos de média e longa duração, associado à falta de informações sobre os mesmos, principalmente quanto às suas vantagens e o seu

funcionamento, poucos(as) profissionais de saúde para implementar a oferta desses métodos, com poucas ações voltadas para a saúde reprodutiva masculina e as questões de infertilidade (Bezerra *et al*., 2018; Costa, 2020; Morais, 2014; Kebian; Oliveira, 2015; Pierre; Clapis, 2011; Silva; Bonan; Nakano, 2014; Trindade *et al*., 2021).

Dessa forma, a continuidade dos cuidados é prejudicada em razão da falta de seguimento e monitoramento das mulheres inscritas no planejamento reprodutivo. Desse modo, parte das mulheres tem poucas expectativas sobre a resolutividade dos serviços, levando-as a desenvolver outras estratégias e buscar alternativas. Assim, recorrem a farmácias para comprar métodos contraceptivos, buscam, eventualmente, atendimento nos serviços privados de saúde, aconselham-se com outras pessoas da rede de relações mais próxima ou continuam sua "peregrinação" na rede pública de saúde, inscrevendo-se, novamente, em grupos de planejamento reprodutivo ou procurando consultas ginecológicas em outras unidades (Silva; Bonan; Nakano, 2014).

A indisponibilidade de insumos nos serviços e a falta de uma variedade de métodos contraceptivos, além da ausência de informações sobre o uso correto destes, prejudicam o cuidado que deve ser oferecido às usuárias. Assim, um importante caminho para favorecer a efetividade do planejamento reprodutivo dentro dos serviços de saúde é a equipe de saúde considerar o contexto de vida, compreender as demandas apresentadas e respeitar o desejo das mulheres pelo método escolhido, utilizando discurso de fácil compreensão que seja objetivo e resolutivo (Garcia; Viecili, 2018). As ações voltadas ao planejamento reprodutivo, que busca a troca de saberes, linguagem acessível e educação em saúde pautada na

cultura popular e na realidade de vida das mulheres, têm maior possibilidade de compreensão e seguimento pelas mulheres acolhidas (Costa *et al.*, 2022).

Nesse contexto, urge que as equipes de saúde que atendem as mulheres no contexto reprodutivo compreendam a necessidade da criação de vínculo e o desenvolvimento de espaços de discussão nos serviços de saúde, de forma a garantir os direitos sexuais e reprodutivos, viabilizando o empoderamento e encorajamento das mesmas para a vivência de uma sexualidade com liberdade, segurança e autonomia (Justino *et al.*, 2019).

Em relação aos desafios dos serviços frente à implantação do programa e de ações educativas em planejamento reprodutivo, existe a falta de espaços de compartilhamento de vivências, e pouco investimento em recursos humanos e materiais para garantir tais atividades educativas. Dessa forma, ações de planejamento reprodutivo ficam limitadas às orientações para a abstinência sexual e a escolha de métodos contraceptivos mais tradicionais, como os anticoncepcionais – orais e injetáveis – e a camisinha, além de serem focalizadas nas mulheres, havendo pouco espaço para trabalhar com parcerias sexuais e com a diversidade sexual e de gênero. Assim sendo, a responsabilização feminina sobre a saúde reprodutiva é potencializada pelos serviços de saúde, evidenciando-se a necessidade de problematização do modelo de cuidado relacionado aos direitos sexuais e reprodutivos ofertado pelos mesmos (Justino *et al.*, 2021).

Historicamente, o planejamento reprodutivo foi direcionado às mulheres e, na atualidade, os reflexos dessa atitude são reafirmados nos serviços de saúde, tornando-as as únicas responsáveis

pela procura dos métodos contraceptivos, o que favorece e permite a omissão da responsabilidade masculina no processo. Seja tanto pela perspectiva de profissionais, quanto da população, o planejamento reprodutivo reduz-se à contracepção, sendo que outros aspectos dos direitos sexuais e reprodutivos são preteridos. Assim, há a necessidade de realização de capacitações e educação continuada em serviço para os profissionais, sendo necessário identificar estratégias que promovam a reflexão sobre as práticas atuais de planejamento reprodutivo, incluindo as que efetivem a inclusão dos homens na promoção da saúde sexual e reprodutiva na atenção básica, conforme já preconizam os protocolos ministeriais (Casarin; Siqueira, 2014; Franze *et al.*, 2019; Spinelli *et al.*, 2014).

Diante disso, as mulheres continuam assumindo as maiores responsabilidades na contracepção e prevenção de uma gravidez não planejada, sendo elas as que mais procuram os serviços de saúde para o planejamento reprodutivo (Morais *et al.*, 2014; Padilha; Sanches, 2020). Questões de gênero e masculinidade estão associadas às principais dificuldades para a participação e inserção dos homens no planejamento reprodutivo. Há persistência da desigualdade dos papéis sociais entre o homem e a mulher, historicamente construída por uma cultura patriarcal, na qual a mulher é tida como única responsável pelos cuidados tanto da reprodução como dos(as) filhos(as). Tendo em vista a maior adesão masculina ao planejamento reprodutivo, é necessário que os serviços se tornem mais apropriados para homens, com a flexibilização de horários das unidades, além da capacitação de profissionais para atendê-los (Cardoso *et al.*, 2021).

Vale ressaltar que, mesmo que haja uma resistência masculina em procurar os serviços de saúde, é de extrema relevância que ambas as partes se responsabilizem pelo planejamento reprodutivo e pelo(a) filho(a) não planejado(a). Dessa maneira, as ações do planejamento devem abranger de forma mais ampla as demandas do casal, extrapolando as das mulheres (Sousa *et al.*, 2021).

Para isso, faz-se necessário adotar estratégias que promovam o envolvimento do homem no planejamento reprodutivo, com imperiosa abordagem de gênero que contemple aspectos como masculinidade, virilidade, paternidade e cidadania, favorecendo a percepção masculina para além do apoio financeiro às companheiras na aquisição de contraceptivos. Assim, há barreiras criadas pelo machismo, que permitem aos homens se eximirem da responsabilidade pela contracepção, a serem transpostas. Torna-se fundamental a oferta de serviços capazes de acolher, esclarecer e oportunizar aos homens reflexões sobre o seu papel nas decisões e responsabilidades reprodutivas. Sem tais mudanças, prevalecem as concepções hegemônicas de gênero que outorgam exclusivamente às mulheres a responsabilidade pela concepção e pela contracepção (Santos; Freitas, 2011; Silva; Bonan; Nakano, 2014; Silva *et al.*, 2018). Além disso, a resistência masculina em participar das consultas de planejamento reprodutivo, dentre outros fatores, também se relaciona ao não direcionamento de ações de saúde para esse público, o que reforça a necessidade de políticas públicas adequadas para reverter esse quadro (Franze *et al.*, 2019).

No Brasil, foi criada, em 2008, a Política Nacional de Saúde do Homem, que enfatiza a necessidade de conscientizar os homens do dever e do direito à participação no planejamento reprodutivo.

A paternidade não deve ser vista apenas do ponto de vista da obrigação legal, mas, sobretudo, como um direito do homem de participar de todo o processo, desde a decisão de ter ou não filhos(as), como e quando tê-los(as), até o acompanhamento da gravidez, do parto, do pós-parto e da educação da criança. As informações e métodos contraceptivos devem ser disponibilizadas a eles. Na eventualidade de uma gravidez, o importante é assegurar condições para que a paternidade seja vivenciada de modo responsável (Brasil, 2008, 2017).

Nesse contexto, novas ferramentas de informação e educação em saúde sexual e reprodutiva precisam ser discutidas nos contextos de atendimento ao público masculino, principalmente no que se refere ao planejamento reprodutivo. Esse é o meio para desmitificar o processo, aumentar a adesão e integrar os homens à responsabilidade na vivência da sexualidade (Silva *et al.*, 2018).

Em síntese, estudos apontam falhas no planejamento reprodutivo decorrentes do déficit de informações sobre a anticoncepção, dificuldades de acesso aos métodos, escassez e irregularidade no fornecimento dos métodos nas unidades de saúde, comprometendo a eficácia e a qualidade do planejamento reprodutivo, falhas no seu uso, uso irregular ou inadequado, e/ou ausência de acompanhamento pelos serviços de saúde, inconstância das atividades educativas despreparo dos profissionais no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, falta de espaços adequados nas unidades para desenvolvimento de ações em planejamento reprodutivo, responsabilidade da contracepção permanecendo centrada na mulher, com fragilidade nas ações que estimule a participação masculina. Com isso, podemos afirmar que o planejamento reprodutivo anseia

por melhorias para prevenir os altos índices de gravidez não planejada/indesejada no Brasil.

Portanto, a consolidação dos direitos reprodutivos apresenta-se como tarefa complexa e multifacetada, sendo necessária a ampliação de ações de educação nesse campo para que a sociedade e as mulheres se conscientizem sobre a importância da cidadania reprodutiva, e as mulheres possam viver plenamente sua liberdade. Torna-se também necessária uma maior responsabilidade política do Estado em efetivar ações que viabilizem a liberdade de escolha e decisões conscientes no campo da reprodução.

Referências

AHMED, S. *et al*. Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. *Lancet*, [London], v. 380, n. 9837, p. 111-125, 2012. Disponível em: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60478-4/abstract. Acesso em: 2 abr. 2022.

ANJOS, K. F. D. *et al*. Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 504-515, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/yTbJpmr9CbpSvzVKggKsJdt/?lang=pt. Acesso em: 18 maio 2022.

BAHAMONDES, L.; BAHAMONDES, M. V. New and emerging contraceptives: a state-of-the-art review. *International Journal of Women's Health*, [*s. l.*], v. 6, p. 221-234, 2014. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3933723/. Acesso em: 18 maio 2022.

BASTOS, L. L.; VENTURA, M.; BRANDÃO, E. R. O acesso à contracepção de emergência como um direito? Os argumentos do Consórcio Internacional sobre Contracepção de Emergência. *Interface*: comunicação, saúde, educação, São Paulo, v. 18, n. 48, p. 37-46, 2014. Disponível em: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180130050003. Acesso em: 4 jun. 2022.

BELLIZZI, S. *et al*. Underuse of modern methods of contra ception: underlying causes and consequent undesired pregnancies in 35 low- and middleincome countries. *Human Reproduction*, Oxford, v. 30, n. 4, p. 973-986, 2015. Disponível em: https://academic.oup.com/humrep/article/30/4/973/613012?login=false. Acesso em: 20 abr. 2022.

BEZERRA, E. de J. *et al*. Planejamento reprodutivo na estratégia saúde da família: estudo qualitativo sobre a dinâmica do atendimento e os desafios do programa. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, Umuarama, v. 22, n. 2, p. 99-108, maio/ago. 2018. Disponível em: https://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/6349. Acesso em: 9 maio 2022.

BORGES, A. L. V. *et al*. Uso da anticoncepção de emergência entre mulheres usuárias de Unidades Básicas de Saúde em três capitais brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, p. 3671-3682, 2021. Supl. 2. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/pFgYY6VDzGSPV8XWRzBKYVN/abstract/?lang=pt. Acesso em: 7 abr. 2022.

BRASIL. *Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996*. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 1996. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1996/lei-9263-12-janeiro-1996-374936-publicacaooriginal-1-pl.html. Acesso em: 10 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria 1459, de 24 de junho de 2011*. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS, a Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 12 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher*: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf. Acesso em: 4 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Manual instrutivo do Pmaq*: para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Nasf. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf. Acesso em: 18 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *II Relatório da pesquisa Saúde do Homem, Paternidade e Cuidado*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/acesso-rapido/saude-do-homem/publicacoes/pesquisa_sh_e_paternidade_e_cuidado_brasil_2017_etapa_2_finalizada.pdf. Acesso em: 9 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-31695. Acesso em: 17 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher*: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf. Acesso em: 18 abr. 2022.

CARDOSO, F. B. *et al.* Planejamento Reprodutivo e os fatores limitantes para participação masculina: uma revisão integrativa. *Revista de divulgação Científica Sena Aires*, [*s. l.*], v. 10, n. 1, 2021.

CASARIN, S. T.; SIQUEIRA, H. C. H. Planejamento familiar e a saúde do homem na visão das enfermeiras. *Escola Anna Nery*: revista de enfermagem, Rio Janeiro, v. 18, n. 4, p. 662-668, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/vsrF7XWZcSNyCgPG87GLQXM. Acesso em: 16 maio 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). *Assistência farmacêutica no SUS*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2007. v. 7. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro7.pdf. Acesso em: 1 abr. 2022.

COSTA, C. A. *et al*. Práticas educativas sobre planejamento reprodutivo com mães adolescentes: relato de experiência. *Saúde Coletiva*, Barueri, v. 12, n. 74, p. 9760-9769, 2022. Disponível em: https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/2337. Acesso em: 19 abr. 2022.

COSTA, J. S. P. Profissional de enfermagem no planejamento familiar na atenção básica: revisão integrativa. *Revista Saúde.Com*, Paranavaí, v. 16, n. 2, p. 1839-1847, 2020. Disponível em: https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/4786. Acesso em: 19 maio 2022.

DARROCH, J. E.; SEDGH, G.; BALL, H. *Contraceptive technologies*: responding to women's needs. New York: Guttmacher Institute, 2011. Disponível em: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/Contraceptive-Technologies.pdf. Acesso em: 15 maio 2022.

DOMBROWSKI, J. G.; PONTES, J. A.; ASSIS, W. A. L. M. Atuação do enfermeiro na prescrição de contraceptivos hormonais na rede de atenção primária em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, São Paulo, v. 66, n. 6, p. 827-832, nov./dez. 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/fQNhCRSvmzhFdmyfH9tX6Nx/?lang=pt. Acesso em: 15 jun. 2022.

FERREIRA, R. V.; COSTA, M. R.; MELO, D. C. S. de. Planejamento Familiar: gênero e significados. *Textos & contextos*, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 387-397, 2014. Disponível em: https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/17277. Acesso em: 18 abr. 2022.

FRANZE, A. M. A. K. *et al.* Planejamento reprodutivo nas orientações em saúde: revisão integrativa. *REFACS*: revista família, ciclos de vida e saúde no contexto social, Uberaba, MG, v. 7, n. 3, p. 366-377, 2019. Disponível em: https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/3759. Acesso em: 15 abr. 2021.

GARCIA, C. F.; VIECILI, J. Implicações do retorno ao trabalho após licença-maternidade na rotina e no trabalho da mulher. *Fractal*: revista de psicologia, Niterói, v. 30, n. 2, p. 271-280, maio/ago. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/fractal/a/4zVSP8j3SKn9Rf9TtNvzWzn/abstract/?lang=pt. Acesso em: 19 maio 2022.

GONÇALVES, T. R. *et al.* Desigualdades sociais no uso de contraceptivos em mulheres adultas no Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 53, 2019. Disponível em: https://rsp.fsp.usp.br/artigo/desigualdades-sociais-no-uso-de-contraceptivos-em-mulheres-adultas-no-sul-do-brasil/. Acesso em: 23 maio 2022.

JUSTINO, G. B. S. *et al.* Saúde Sexual e Reprodutiva no Puerpério: vivências de Mulheres. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, Pernambuco, v. 13, 2019. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/240054. Acesso em: 15 jun. 2022.

KEBIAN, L. V. A.; OLIVEIRA, S. A. de. Práticas de cuidado de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 14, n. 1, p. 893-900, jan./mar. 2015. Disponível em: https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/22466. Acesso em: 30 abr. 2022.

LEAL, M. do C. *et al.* Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema único de Saúde (SUS). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1915-1928, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/bD6WFWKvTDvBWS8yZ4BHcBP/. Acesso em: 16 jun. 2022.

LÉLIS, B. D. B. *et al.* Planejamento Familiar: perspectiva de ações a serem implementadas na estratégia de Saúde da Família – ESF. *Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, Jaboatão dos Guararapes, v. 13, n. 45, p. 1103-1113, 2019. Disponível em: https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1729. Acesso em: 14 maio 2022.

LIMA, P. V. C. *et al.* Uso de métodos contraceptivos por usuárias de uma unidade básica de saúde. *Revista de Enfermagem da UFPI*, Piauí, v. 4, n. 1, p. 11-18, jan./mar. 2015. Disponível em: https://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1715/pdf. Acesso em: 8 maio 2022.

MEIRELES, G. M. S.; NEGREIROS, L. T. de; MAIA, J. S. A atuação do enfermeiro no planejamento familiar. *Recien*: revista científica de enfermagem, São Paulo, v. 4, n. 10, p. 18-23, 2014. Disponível em: http://www.recien.com.br/online/index.php/Recien/article/view/65/126. Acesso em: 4 jan. 2023.

MENDES, L. V. *et al*. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, p. 109-123, out. 2014. Número especial. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/n4Nwv8hcvy7MLNsXTFDC8hr/abstract/?lang=pt. Acesso em: 16 out. 2022.

MORAIS, A. C. B. *et al*. Participação masculina no planejamento familiar e seus fatores Intervenientes. *Revista de Enfermagem da UFSM*, Santa Maria, v. 4, n. 3, p. 498-508, set. 2014.

NASCIMENTO, R. C. R. M. *et al*. Disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 51, 2017. Supl. 2. Disponível em: https://rsp.fsp.usp.br/artigo/disponibilidade-de-medicamentos-essenciais-na-atencao-primaria-do-sistema-unico-de-saude/. Acesso em: 14 jun. 2022.

NOGUEIRA, V. B. *et al*. Planejamento familiar: assistência desenvolvida em uma unidade básica de saúde – Percepções e desafios. *In:* CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, 1., 2016, São Paulo. *Anais* [...]. Campina Grande: Universidade Federal de Campina Grande, 2016. Disponível em: https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/19386. Acesso em: 26 maio 2022.

PADILHA, T.; SANCHES, M. A. Participação masculina no planejamento familiar: revisão integrativa da literatura. *Interface*: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 24, p. 1-15, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/78ynbPsSCGKfvvsB7BDmYfS/. Acesso em: 13 out. 2022,

PAIVA, C. C. N. de *et al*. Atividades educativas do planejamento reprodutivo sob a perspectiva do usuário da Atenção Primária à Saúde. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 22, n. 1, p. 23-46, jan./mar. 2019. Disponível em: https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16675. Acesso em: 13 out. 2022.

PIERRE, L. A. dos S.; CLAPIS, M. J. Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 18, n. 6, p. 1-8, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rlae/a/yPy8RpvPbTHgGSGFDtNyj9F/?lang=pt. Acesso em: 4 abr. 2022.

ROCHA, K. T.; COTRIM, M. S. *Planejamento sexual e reprodutivo*: fatores intervenientes e ações do enfermeiro. 2020. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiás, 2020.

RODRIGUES, C. D. da S.; LOPES, A. O. S. A gravidez não planejada de mulheres atendidas no pré-natal das Unidades Básicas de Saúde. *Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, Pernambuco, v. 10, n. 32, p. 70-87, nov./dez. 2016. Disponível em: https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/579/0. Acesso em: 4 set. 2022.

ROSS, J.; STOVER, J. Use of modern contraception increases when more methods become avail – able: analysis of evidence from 1982-2009. *Global Health:* science and practice, Baltimore, v. 1, n. 2, p. 203-212, 2013. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4168565/. Acesso em: 3 abr. 2022.

RUIVO, A. C. O. *et al*. Disponibilidade de insumos para o planejamento reprodutivo nos três ciclos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: 2012, 2014 e 2018. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 6, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/wSdLzrhW7RTGZ7dGPqwWfFj/abstract/?lang=pt. Acesso em: 29 maio 2022.

SANTOS, J. C. dos; FREITAS, P. M. de. Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1813-1820, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/VMbQP9cjTm6YSLRYzJpkGHL/abstract/?lang=pt. Acesso em: 15 abr. 2022.

SANTOS, N. L. dos; GARCIA, E. O planejamento familiar e a mortalidade materna por aborto. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 43, p. 241-56, 2019. Supl. 1. Disponível em: https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3228. Acesso em: 20 abr. 2022.

SITRUK-WARE, R.; NATH, A.; MISHELL JUNIOR, D. R. Contraception technology: past, present and future. *Contraception*, [*s. l.*], v. 87, n. 3, p. 319-330, 2013. Disponível em: https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(12)00729-9/abstract. Acesso em: 14 maio 2022.

SILVA, K. C. S.; BONAN, C.; NAKANO, A. R. Estratégia saúde da família e assistência ao planejamento reprodutivo: desafios de integração, coordenação e continuidade dos cuidados. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 17, n. 4, p. 497-506, 2014. Disponível em: https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15287. Acesso em: 19 jun. 2022.

SILVA, J. G. da *et al*. Inclusão e participação masculina no planejamento reprodutivo. *Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, Jaboatão dos Guararapes, v. 14, n. 51, p. 659-666, 2020. Disponível em: https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2612. Acesso em: 25 maio 2022.

SILVA, W. G. da *et al*. O planejamento familiar para homens. *Revista de Enfermagem UFPE online*, Pernambuco, v. 12, n. 11, p. 3098-3109, 2018. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/237248. Acesso em: 2 jun. 2022.

SOUSA, F. L. L. *et al*. Assistência de enfermagem frente ao planejamento familiar na Atenção Primária à Saúde. *Research, Society and Development*, [*s. l.*], v. 10, n. 1, p. 457-506, 2021.

SPINELLI, M. B. A. S. *et al*. Características da oferta de contracepção de emergência na rede básica de saúde do Recife, Nordeste do Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 227-237, jan./mar. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/YxM8zxvWVJC6gFH9SyhyT7M/abstract/?lang=pt. Acesso em: 15 jun. 2022.

TRINDADE, R. E. *et al*. Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, p. 3493-3504, 2021. Supl. 2. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/wYMBdngQjR9dRs48jbwjCVL/. Acesso em: 12 abr. 2022.

CAPÍTULO 5

Gênero como categoria analítica

Jussilene Jesus Sousa Boer
Edméia de Almeida Cardoso Coelho
Andiara Rodrigues Barros

Historicamente, as desigualdades nas relações entre homens e mulheres foram naturalizadas, conferindo-se ao homem o papel da produção e à mulher o da reprodução. O mundo público, considerado espaço de maior poder, foi reconhecido como masculino e definido segundo os princípios de força, racionalidade, atividade e objetividade, enquanto o mundo privado, representado pelo espaço doméstico, foi considerado o lugar da fragilidade, da emoção, da passividade e da subjetividade, atributos socialmente considerados como inerentes ao feminino (Gonçalves, 1998).

Entretanto, Simone de Beauvoir (1970) redireciona o olhar sobre tais construções sociais naturalizadas ao afirmar, em 1949, que as meninas e os meninos nascem machos e fêmeas e no meio social são ensinados sobre quais comportamentos e atitudes são apropriados para desenvolverem na relação com outras pessoas, definindo-se os papéis de gênero.

Com essa compreensão, gênero se desenvolve como categoria analítica a partir da década de 80 do século XX entre as feministas americanas, defendendo o caráter fundamentalmente social das desigualdades entre homens e mulheres e rejeitando o determinismo biológico (Scott, 1995). Nesse tempo histórico, entre as

décadas de 1940 e 1980, outras possibilidades de construção identitária de gênero eram pouco visibilizadas e são nesses pilares do feminino e do masculino que ainda se assentam as concepções hegemônicas das identidades de gênero na atualidade. Elas contemplam apenas parcialmente as possibilidades identitárias e são geradoras de lutas por políticas públicas de inclusão social e cidadania plena.

A definição de gênero como categoria analítica possui como núcleo a conexão de duas proposições, ou seja: "o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder" (Scott, 1995, p. 14). É por meio do gênero que o poder é articulado nos diferentes espaços sociais.

Assim, gênero implica a correlação de quatro elementos: os símbolos culturalmente disponíveis, dos quais emergem múltiplas representações; os conceitos normativos, que evidenciam interpretações dos símbolos e tomam a forma de uma oposição binária que afirma o sentido do masculino e do feminino; a noção de fixidade, que leva à aparência de permanência eterna na representação binária dos gêneros reforçada pelas organizações sociais; e a identidade subjetiva, que, a partir do modo como é construída, tem um ponto de referência na psicanálise (Scott, 1995).

Portanto, gênero se trata de uma categoria de análise e constitui um novo paradigma que redimensiona os estudos e conduz a novas visões de mundo e a novas formas de reinventá-lo (Gonçalves, 1998). Nessa perspectiva, os estudos de gênero conseguiram construir um novo paradigma a partir da rejeição do determinismo biológico das desigualdades entre homens e mulheres e do reconhecimento da

sua construção social, cultural e histórica. Com a construção de gênero como categoria analítica, há uma ruptura definitiva entre a concepção de sexo biológico e a noção social de gênero; o privilégio metodológico das relações de gênero sobre qualquer substancialidade das categorias de mulher/homem e feminino/masculino; e a transversalidade de gênero, compreendendo que a construção social e cultural de gênero perpassa por todo o contexto social (Machado, 1998).

O uso do gênero como categoria explicativa de análise permite operar mudanças e sair da polaridade essencialista e a-histórica. Assim sendo, o eixo de reflexão sobre as relações entre homens e mulheres passa a ter como foco as construções culturais, sociais e históricas das relações de gênero (Scott, 1995).

A noção de gênero é constitutiva da organização social, das relações de poder e de dominação/subordinação que são estabelecidas em cada cultura, baseadas na dicotomização entre masculino e feminino. As desigualdades entre os sexos estruturam outras desigualdades e repercutem em todos os espaços sociais (Bandeira, 1999). A sociedade legitima, também, diferentes estratégias a serem utilizadas por homens e mulheres para exercer influência e controle sobre o outro, compreendendo-se estratégia de controle como a capacidade que um sujeito tem de influenciar uma pessoa no seu modo de pensar, sentir ou agir (Rocha-Coutinho, 1994).

Ao relacionar gênero e reprodução, a identidade de gênero para mulheres esteve, e talvez ainda esteja, diretamente relacionada ao exercício da maternidade, pois a relação entre sexo e reprodução, até a segunda metade do último século, limitou drasticamente o exercício da sexualidade pelas mulheres, facilitando a constituição

de uma identidade de gênero calcada no controle dos desejos. Em relação aos homens, a identidade estaria mais marcada pela não contenção, ou mesmo exacerbação dos desejos sexuais, entendida como sinal de poder (Vilella; Arilha, 2003).

A categoria gênero permite, portanto, perceber a construção social das desigualdades entre homens e mulheres sendo orientação analítica adequada ao estabelecimento do "sujeito-mulher", fundado na ideia de autonomia contraposta à heteronomia a que historicamente estiveram as mulheres condicionadas (Petchesky, 1999).

O uso de gênero como categoria traduz uma luta política e uma forma de se produzir conhecimento com rejeição do determinismo biológico sobre o que seria "ser mulher" e "ser homem". Gênero como categoria analítica explica o caráter social da construção de desigualdades e coloca em questão seres humanos como sujeitos sociais, históricos, políticos, da cultura e de direitos (Gomes, 2018).

No campo da reprodução, nas últimas décadas, a legitimação dos direitos reprodutivos provoca mudanças significativas nas relações de gênero em nosso país. Entretanto, ainda permanecem entraves em algumas questões centrais do projeto feminista, entre os quais se destacam a real democratização da vida privada e a complicada tensão entre liberdade, igualdade e autonomia, tanto na vida privada quanto na vida pública. Assim, apesar das mulheres representarem a maioria nas escolas, universidades e em muitas profissões, continuam sendo controladas socialmente e orientadas para a construção de um projeto de vida em que a maternidade ocupa um lugar central, e a responsabilidade pelos cuidados

dos(as) filhos(as) e as atribuições domésticas ainda são predominantemente das mulheres (Portella, 2007).

Entretanto, na área da saúde reprodutiva, as condições de informação, acesso e escolha em relação aos métodos contraceptivos, bem como a escolha da gravidez e da maternidade, ainda se apresentam como um problema para as mulheres brasileiras, principalmente para aquelas que têm condições socioeconômicas mais desfavoráveis e que dependem de um sistema público de saúde orientado por um modelo de atenção que subestima as especificidades femininas e o contexto em que suas demandas são geradas.

Referências

BANDEIRA, L. Relações de gênero, corpo e sexualidade. *In*: GALVÃO, L.; DIAZ, J. (org.). *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*: dilemas e desafios. São Paulo: HUCITEC: Population Council, 1999. p. 57-72.

BEAUVOIR, S. de. *O segundo sexo*: fatos e mitos. 4. ed. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1970.

ROCHA-COUTINHO, M. L. *Tecendo por trás dos panos*: a mulher brasileira nas relações familiares. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

GOMES, C. M. Gênero como categoria de análise decolonial. Dossiê: Gênero e Sexualidade. *Civitas*: revista de ciências sociais, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 65-82, jan./abr. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/civitas/a/bRTKvzGxYTtDbtrFyLm5JNj/abstract/?lang=pt. Acesso em: 13 jul. 2022.

GONÇALVES, E. Pensando o gênero como categoria de análise. *In*: ROCHA, M. J. P. (org.). *Estudos de gênero*. Goiânia: Universidade Católica de Goiás, 1998. p. 41-60.

MACHADO, L. Z. Gênero, um novo paradigma? *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 11, p. 107-125, 1998. Disponível em: https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8634467. Acesso em: 18 jan. 2010.

PETCHESKY, R. Direitos sexuais: um novo conceito na prática Política Internacional. *In*: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. (org.). *Sexualidade pelo avesso*: direitos, identidade e poder. São Paulo: Ed. 34, 1999. p. 28-49.

PORTELLA, A. P. Direitos reprodutivos e direitos sexuais: impasses e desafios do Movimento Feminista. *Caderno de Crítica Feminista*: reflexões feministas para transformação social, Recife, ano 1, n. 1, p. 96-105, 2007.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721. Acesso em: 7 jan. 2010.

VILELLA, W. V.; ARILHA, M. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. *In*: BERQUÓ, E. (org.). *Sexo & vida*: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. São Paulo: Ed. Unicamp, 2003. p. 95-145.

PARTE II

Contextos de ocorrência da gravidez não planejada em mulheres adultas

CAPÍTULO 6

Ambivalência do desejo na ocorrência da gravidez não planejada

Jussilene Jesus Sousa Boer
Edméia de Almeida Cardoso Coelho
Andiara Rodrigues Barros
Larissa Silva de Abreu Rodrigues
Mariza Silva Almeida
Railene Pires Evangelista

A ocorrência de uma gravidez está ligada à interseção de múltiplos fatores e pode assumir diferentes significados na medida em que é vivenciada em sua concretude. No estudo em foco, foi obtido inicialmente o significado de "ser mãe" por considerá-lo central em um ambiente sociocultural que molda a identidade feminina na direção da maternidade.

Naturalização da maternidade como lugar primeiro da realização feminina

As participantes do estudo, cujos discursos compuseram esta categoria, estavam vivenciando a gravidez pela primeira vez, se encontravam em um relacionamento estável, tinham o apoio do parceiro e não frequentavam regularmente o serviço de saúde. Seus discursos dão o sentido de naturalização da maternidade, que se sobrepõe a outras possibilidades de realização feminina. As mulheres expressaram essa naturalização considerando a maternidade como "*algo importante*", "*um dom*", "*uma bênção*", "*sonho de toda mulher*", "*sentido de felicidade*", "*referência de vida*", "*realização da mulher*", "*algo ótimo e maravilhoso*", "*símbolo de amor*", "*afetividade*", "*comunhão*" e "*entendimento*". Tais sentidos foram verbalizados sobretudo por aquelas que vivenciavam pela

primeira vez a experiência de estar grávida, evidenciando a maternidade incorporada como lugar primeiro da identidade e realização feminina.

Dessa maneira, Ana, Samara, Helena e Cláudia, grávidas pela primeira vez, mostraram-se felizes com a gravidez, desejada objetivamente para outro momento, mas aceita em qualquer circunstância como algo divino, inerente a toda mulher, que as enaltece e constitui papel essencial para a realização feminina, a ser cumprido em algum momento da vida, como mostram os relatos a seguir:

> *Esse é meu primeiro filho e pra mim ser mãe é uma nova descoberta, é algo que eu sempre sonhei, é infinito, é positivo, é muito bom, apesar de que eu não planejei ser mãe neste momento, eu queria sim, mas bem pro futuro. Ser mãe não deixa de ser um desejo de toda mulher e é bom para a família [...] Muitas mulheres compartilham a graça de ser mãe com a graça de Deus, mas outras infelizmente não conseguem* (Ana, 1ª gestação, 4º mês).

> *Ser mãe pra mim é uma coisa muito importante, acho que toda mulher deve passar por isso um dia. Eu não pensava em ser mãe agora, mais já que aconteceu, sei lá... um dia ia acontecer mesmo, então eu tô feliz [...] No fundo, eu acho que algum dia a mulher precisa ser mãe pra se sentir realizada em todos os sentidos em sua vida* (Cláudia, 1ª gestação, 6º mês).

> *Eu acho que ser mãe é o sonho de toda mulher, é uma coisa que não tem muita explicação não. Ser mãe é um dom que só a mulher mesmo tem, é uma coisa muito boa, muito gratificante, eu acho que é um dom que Deus deu para a mulher [...] Pra mim, ser mãe é o que há de mais importante na vida da mulher, tem outras coisas que são importantes, como o trabalho, mas pra mim ser mãe é*

> *o mais importante [...] mas eu não queria engravidar agora não* (Helena, 1ª gestação, 9º mês).
>
> *Acho que no pacote completo o significado de ser mãe é felicidade. Eu acho que pra gente, mulher, ser feliz a gente tem que ser mãe, enquanto a gente não é mãe, a gente não é feliz completamente, ser mãe tá sendo um complemento muito grande na minha vida pra eu ser realmente feliz* (Samara, 1ª gestação, 5º mês).

Na categoria que segue, algumas participantes revelam dificuldades de acesso a contraceptivos e ambivalência do desejo, que caminha na direção da gravidez em condições favoráveis à aceitação, por estabilidade na relação e/ou por atender ao desejo do parceiro de ser pai, o qual cria condições facilitadoras da gravidez, conforme constatado nas circunstâncias de sua ocorrência.

Interseção entre ambivalência, atenção à saúde e relação com o parceiro na gravidez não planejada

Os relatos de mulheres participantes da pesquisa mostram que, quando a experiência com os métodos contraceptivos e o acesso ao serviço de saúde não são satisfatórios, impõem-se limites à liberdade de escolha e, uma vez incorporado gravidez e maternidade como algo nato, criam-se circunstâncias favoráveis à sua ocorrência – ou seja, para que as mulheres cedam à "natureza".

Ana, 28 anos, cor preta, ensino médio completo, desempregada, renda familiar de um salário mínimo, namoro de seis anos. Fez uso de contraceptivo oral e injetável por cinco anos, interrompendo por intolerância. Participou de atividades educativas na unidade de saúde, com informações contraceptivas, deixando de frequentar o serviço por não haver métodos que atendessem às suas

necessidades. Fazia uso de preservativo comprado pelo parceiro, que assumia responsabilidades com a contracepção. Ressalta o sonho em ser mãe em outro momento, mas, ao engravidar, afirma:

> *Eu sempre pensei assim, eu quero ter um filho [...] mas pra eu ser mãe eu queria estar estabilizada, mas a gravidez aconteceu, não foi planejada para este momento, mas graças a Deus o pai do meu filho tá trabalhando, eu já tô desempregada tem seis meses [...] Eu não me cuidei como devia, eu não me preveni [...] eu usava a camisinha, a gente usava com frequência, mas nessa relação eu não utilizei por descuido mesmo [...] veio essa gravidez, não que eu quisesse provocar essa gravidez agora, porque eu já tinha vontade de engravidar, mas foi o momento de Deus, eu respeito* (Ana, 1ª gestação, 4º mês).

Cláudia, 23 anos, parda, ensino médio completo, professora de creche, renda familiar entre dois e três salários mínimos, namoro de três anos, com convivência harmoniosa. Fazia uso frequente do preservativo, com alguma resistência do casal, algumas vezes aceitava relações desprotegidas para não contrariar o parceiro, descuidando-se pelo tempo da relação e pela confiança. Nunca frequentou o serviço de saúde para planejamento reprodutivo, mas refere ter conhecimento sobre todos os métodos por meios de comunicação diversos. Não queria ser mãe naquele momento, mas, ao engravidar, teve apoio do parceiro e da família e se mostrou tranquila:

> *A gente ficava pensando que não ia acontecer e eu acabei engravidando [...] a gente pensava que ia acontecer, mas não agora, mais pro futuro [...] Eu sempre falava para ele usar a camisinha [...] mas ele sempre falava pra eu confiar nele que eu não ia engravidar,*

> *e eu acabava deixando pra não criar problema. Tinha dia que a gente não tava com vontade de usar e aí nem pensava em camisinha, mas acabava transando, depois vinha o arrependimento, o medo de ficar grávida [...] o homem não tá nem aí, na hora da vontade ele quer é fazer e pronto e a gente, besta, acaba deixando, aceita pra não contrariar e aí a gravidez acontece e a gente se culpa* (Cláudia, 1ª gestação, 6º mês).

Samara, 26 anos, cor branca, ensino médio completo, desemprego após a gravidez, renda familiar de mais de cinco salários mínimos, seis anos de relacionamento, brigas frequentes por cobrança do parceiro em ter filhos. Nunca frequentou o serviço de planejamento reprodutivo por incompatibilidade de horário do trabalho, mas tinha conhecimento sobre todos os contraceptivos e facilidade de acesso. Usou pílula por três meses, mas suspendeu por intolerância. Usava o preservativo com frequência, havendo resistência do parceiro por desejar ser pai. Ela afirma:

> *Eu acho que no fundo eu queria realizar o desejo do meu marido em ser pai porque eu gosto muito dele e isso não ia ser uma coisa tão sacrificante pra mim, sei lá, também podia me fazer bem [...] Meu marido me pressionou tanto que eu não aguentei e acabei cedendo, querendo ou não. Eu não queria engravidar agora, mas na cabeça dele foi planejada e ele pressionou, pressionou e acabou conseguindo [...] Nossa!!! Mas quando eu descobri foi um susto [...] no começo eu não queria ser mãe por causa da questão da liberdade [...] mas no fundo, no fundo, eu acho que eu também queria ser mãe [...] eu até discuti com ele sobre isto, que ele não me deu opção, foi por pressão mesmo* (Samara, 1ª gestação, 5º mês).

Helena, 29 anos, cor parda, ensino médio incompleto, desemprego após a gravidez, renda familiar entre um e dois salários mínimos, relacionamento de 13 anos, com desejo do parceiro em ter filhos. Após dez anos de utilização do DIU, teve dificuldades de nova inserção em decorrência de trabalho, segundo a mesma, por não ter priorizado, optando por utilizar a tabela. No período anterior à gravidez, não participava de planejamento reprodutivo no serviço de saúde por incompatibilidade de horário com o trabalho. Refere que tinha todas as informações sobre os métodos, obtidas em palestra na unidade de saúde.

> *Muitas vezes meu marido falava: eu quero ter um filho! E eu dizia não, eu não quero e nós estamos juntos há treze anos [...] Se fosse só por causa do desejo dele, eu já teria engravidado [...] então eu tive minha escolha de ter filho ou não, e tive liberdade pra isso, e tinha as informações e os métodos. Essa gravidez aconteceu foi por descuido meu mesmo. Eu pretendia ser mãe um dia, mas não agora. Meu parceiro respeitava meu desejo de não querer engravidar, de não ter filho agora [...] não tinha dificuldade de ele usar a camisinha não, mas me dava corrimento, então eu passei a usar só a tabelinha, mas me descuidei e acabei engravidando* (Helena, 1ª gestação, 9º mês).

Tais características foram constatadas também em situação de gravidez subsequente.

No depoimento que segue, identificamos que a gravidez e a maternidade, uma vez internalizadas como espaço de realização, despertam reações dependentes de aprendizados de gênero, desejo e apoio do parceiro, princípios religiosos, qualidade da atenção à

saúde, condições objetivas para o cuidado e para provisão da família e visão de mundo da mulher.

Fátima, 34 anos, cor preta, ensino fundamental incompleto, desemprego após a gravidez, renda familiar abaixo de um salário mínimo, duas filhas, 16 anos de relacionamento, com boa convivência. Usou contraceptivo injetável trimestral por dez anos, com interrupção por três meses pela falta do método no serviço de saúde, utilizando o preservativo eventualmente pela dificuldade de adaptação do parceiro. Participava do planejamento reprodutivo na Estratégia Saúde da Família (ESF) e refere que tinha informações sobre todos os métodos. Ressalta, em alguns momentos da entrevista, o desejo do parceiro em ter um "*filho homem*" e que, algumas vezes, pensava na possibilidade de concretizar esse desejo, referia "*ser filho, graça de Deus*", enfatizando ser evangélica, mas não queria engravidar em decorrência das condições financeiras desfavoráveis.

> *Eu acredito que o que contribuiu para essa gravidez foi mais o desejo do meu esposo em ter um filho homem [...] meus planos não era ter outra gravidez [...] mas eu acabei ficando sem tomar o remédio por três meses, porque tava faltando no posto, aí aconteceu [...] eu corri atrás [...] mas dessas últimas vezes eu vinha pegar não tinha e eu não usei outra coisa porque [...] nas outras gravidezes eu demorava de engravidar, como eu usava a injeção tinha muito tempo pensava que era mais difícil pra pegar filho logo [...] fui fazer um exame de preventivo, descobri que eu estava grávida. No posto eu recebia todas as informações, eles orientam, o único problema é que o remédio às vezes falta [...] eu não tinha dificuldade pra falar pra ele usar a camisinha, mas ele sempre dizia: se tiver que usar eu uso, mas é muito incomodativo [...] vá você no posto buscar a injeção se não quiser pegar filho agora.*

> *Às vezes ele usava, mas nós dois relaxamos em muitas relações, achamos que não aconteceria a gravidez e aconteceu [...] Ele me confortou muito, apesar que as coisas tão difícil, ele não tem trabalho fixo, a renda é pouca, mas nós ficamos felizes. Eu não queria antes, mais agora eu tô feliz [...] Ser mãe pra mim é maravilhoso, eu me sinto tão bem, me sinto uma mulher realizada [...] quando o bebê mexe minhas lágrimas logo descem de tanta alegria* (Fátima, 4ª gestação, 8º mês, refere 1 aborto).

A ambivalência do desejo interage com a submissão ao parceiro que, ainda quando parcialmente assume a contracepção, num jogo de poder, seduz ou ordena responsabilidades e se exime delas, ao tempo em que a mulher sedimenta em si a responsabilidade pela contracepção e pela gravidez, portanto pelos descuidos na relação sexual. Algumas tentam proteger a si e ao parceiro, ao parecer terem sido traídas pelo pensamento mágico "isso não acontecerá comigo".

Diante das situações apresentadas, constatamos que o serviço de saúde não estabeleceu com as mulheres o vínculo necessário para o atendimento de suas demandas. Há, subjacente às falas das mulheres, superficialidade de informações da relação com o serviço e da efetividade das ações. Assim, mulheres não frequentam a Unidade de Saúde da Família (USF) para planejamento reprodutivo, interrompem o uso da pílula em período de adaptação ou por descontinuidade na oferta e participam de atividades educativas que não estimulam discussões e troca de experiências.

No Brasil, apesar da assistência ao planejamento familiar compor o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism) desde 1984, reorganizada pela Política Nacional de Atenção

Integral à Saúde da Mulher (Pnaism) em 2004, e implementada majoritariamente pela ESF, o desequilíbrio entre oferta e demanda gera descontinuidades e dificuldades de acesso às informações e aos contraceptivos, deixando as mulheres vulneráveis a uma gravidez não prevista. Assim, a rede de saúde pública, ao descumprir o seu papel relativo às demandas reprodutivas das mulheres e/ou do casal, impede o exercício da livre escolha reprodutiva (Coelho, 2011; Souza; Souza, 2019).

Sendo assim, do ponto de vista da relação estabelecida com a USF, os depoimentos revelam que as condições objetivas foram mais favoráveis à ocorrência de uma gravidez do que à sua prevenção, mas as participantes em foco, enquanto tiveram a determinação em não engravidar, adotaram condutas de proteção, apesar do desejo explícito do parceiro, e conseguiram adiar o sonho da maternidade até o descuido acontecer e terem sua primeira gravidez, fortemente movidas pelo desejo de ser mãe.

Em meio às contradições da realidade, a idealização da maternidade é muito expressiva nesta pesquisa, o que encontra respaldo na literatura científica. A maternidade é ainda bastante romanceada, associando o papel de ser mãe com aspectos idealizados, tais como: sacrifício, amor incondicional e disponibilidade completa. Entretanto, essas concepções se contrapõem à experiência real do papel materno. Assim, a maternidade corresponde ao ideal e ao real de ser mãe, necessitando-se romper com o modelo materno imposto pela cultura vigente, que exclui a possibilidade da coexistência de sentimentos ambivalentes na relação da mãe com o bebê, podendo incluir momentos de alegria e de dor, tristeza e, algumas vezes, arrependimento (Travassos-Rodriguez; Féres-Carneiro, 2013).

A naturalização da maternidade e sua incorporação como lugar primeiro de identidade e realização feminina remetem aos papéis socialmente construídos para as mulheres. Contudo, cabe destacar que a maternidade não é um papel social fixo que as mulheres se apropriam e reproduzem harmoniosamente, mas antes envolvem ressignificação e conflitos de sua idade social, que geram desafios e demandas. Consequentemente, a cada vez que a mulher (re)interpreta desejos, modifica posturas e ações, reatualizam-se tensões próprias do modelo patriarcal (Giordani *et al.*, 2018).

A ambivalência e as razões a ela relacionadas acompanham as mulheres ancoradas em uma identidade construída cultural e socialmente na direção da maternidade, enquanto, na formação identitária masculina, a paternidade é algo que lhe confere virilidade e realização como homem. A assunção da paternidade, por sua vez, além de fazer o homem cumprir uma obrigação moral, do ponto de vista dos papéis de gênero, dá segurança à mulher e fortalece os ideais de maternidade.

O conflito entre ter ou não filhos(as), de acordo com o tempo biológico mais "adequado", é muito observado na sociedade. Esse paradoxo parece contribuir para o sentimento de ambivalência acerca da maternidade, comumente observado na contemporaneidade. O desejo de ter filhos(as) é, portanto, atravessado por aspectos que são conscientes e inconscientes. O modo como as escolhas são definidas se mostra influenciado por valores familiares, crenças, princípios e costumes que são transmitidos de geração em geração e influenciam as decisões dos indivíduos ao longo de toda sua vida (Bernardi; Mello; Féres-Carneiro, 2019).

Na pesquisa em foco, reafirmamos que a gravidez não planejada é multifacetada. Mulheres que têm dificuldade de acesso à informação e a métodos contraceptivos e têm o desejo latente de engravidar por incorporá-lo como valor e se realizar como mulher e/ou para atender o desejo do parceiro cedem ou se descuidam do uso do contraceptivo.

Existe uma perspectiva de que a mulher algum dia venha a se tornar mãe e que a maternidade seja inata, biológica e instintiva à mesma. Dessa maneira, ainda há o retrato de que toda mulher deve experimentar a maternidade para ser plena e para experimentar o amor incondicional. O modelo materno ideal imposto socialmente exclui a possibilidade da coexistência de sentimentos ambivalentes na relação entre ser ou não ser mãe. O modelo de mulher perfeita que precisa ser mãe se traduz em sobrecarga emocional, descartando as ambivalências que podem surgir com a maternidade, e que podem causar às mulheres muita angústia, como se a maternidade fosse algo intrínseco (Azevedo, 2017).

Em *Reflexões sobre procriação e maternidade*, com base na obra de Simone de Beauvoir, Swain (2007) ressalta que as decisões e sentimentos expressos pelas mulheres não correspondem sempre a seus verdadeiros desejos, havendo contradição em relação à vontade de ser mãe em diferentes fases de sua vida ou ambivalência entre desejo e repulsa. A emergência desses sentimentos está diretamente relacionada à força da relação com o pai do(a) filho(a), sendo muitas vezes modelados de acordo com os sentimentos do parceiro. Desse modo, a gravidez e a maternidade poderão ser acolhidas com felicidade ou desagrado a depender da reação masculina, seja de orgulho ou de aborrecimento.

Nos discursos em análise, vimos que tão logo o desejo de ser mãe se entrecruza com o desejo explícito do parceiro, as condições de sua ocorrência se ampliam, seja por entenderem que possuem a obrigação em satisfazê-lo, seja porque isso traduz estabilidade na relação, o que oferece segurança às mulheres. Ao mesmo tempo, o desejo do parceiro em ter um filho garante a transcendência masculina. Então, a satisfação em oferecer essa possibilidade ao parceiro pode se transformar em desejo da mulher, ainda que de modo ambivalente.

A identidade de gênero contribui para ambivalência do desejo da mulher em ter ou não filhos(as) e, quando a gestação acontece, há uma tendência à aceitação da gravidez, sobretudo quando ainda não são mães, para reafirmar o núcleo familiar ou a relação do casal. Estar casada ou em uma união estável traz uma ideia de segurança que contribui para acolher uma gestação mesmo quando não planejada (Parcero *et al*., 2017).

Em estudo com 89 gestantes e 51 puérperas foi observada a prevalência de 75% de gestação não planejada e associação estatisticamente significante entre intercorrência durante a gestação atual e gravidez não planejada, demonstrando sua importância para a saúde pública (Bonatti *et al*., 2018). Outra pesquisa com 2.557 gestantes mostrou que 65% não planejaram a gravidez. As variáveis significativamente associadas à gravidez não planejada foram: cor da pele, parda/preta; idade inferior a 20 anos; sem companheiro; baixa renda familiar; aglomeração familiar; tabagismo; e mais de um parto (Prietsch *et al*., 2011).

Apesar da configuração familiar de casais sem filhos(as) vir aumentando ao longo dos anos, a opção de não ter filhos(as) é ainda

muito criticada no contexto brasileiro. A expectativa gerada em torno da continuidade geracional faz com que a sociedade espere que do casal conjugal possa surgir um casal parental, cumprindo, assim, a "missão" de ter filhos. Desse modo, a conjugalidade e a parentalidade se apresentam bastante interligadas (Caetano; Martins; Motta, 2016).

Culturalmente, o caráter objetivo da sociedade tende a simplificar e a naturalizar os fenômenos da vida humana, e um exemplo é a naturalização da maternidade como um fenômeno que toda mulher precisa passar. Durante toda a vida das mulheres existem questões que atravessam o seu desejo e um deles é o de ser mãe. Reduzir a experiência da maternidade a questões orgânicas, como se fosse algo inato a toda mulher, é desconsiderar a pessoa e toda complexidade que a acompanha (Colares; Martins, 2016).

Esse papel cultural e social atribuído à figura feminina da função predestinada à maternidade e ao papel essencial de cuidar da prole são representações construídas a respeito da mulher e mesmo que ela tente se desvincular desses papéis, dirigindo-se a outras escolhas, em algum momento da sua vida ela vai se questionar sobre esse desejo materno (Braga; Miranda; Correio, 2018). Desse modo, a incorporação da maternidade como realização maior da mulher e a sua idealização cria expectativas e conflitos quando a mulher retarda ou se afasta da maternidade. Em relações estáveis, o peso da construção identitária recai sobre mulheres e homens e, ao tempo em que atendem a seus desejos, atendem também a pressões do meio social.

Mesmo com as mudanças do papel da mulher na sociedade e com a abertura de espaços para discussão das vontades femininas

além da maternidade, como construir uma carreira profissional, as mulheres continuam submetidas a antigos valores. As representações sociais do papel de mãe estão intrinsecamente associadas ao papel social da mulher, sendo a ela considerado inato o amor incondicional. Para muitas delas, ser mãe é como uma profissão, representando um dos maiores sonhos, e fomentam em seus imaginários que, para se sentirem completas, precisam ser mães (Estrela; Machado; Castro, 2018).

Essas modificações nos padrões sociais e culturais e o avanço científico favoreceram as mulheres na ampliação de espaço dentro da sociedade, com maior liberdade de escolha. Atualmente, a maternidade aparece como uma possibilidade e não como destino natural. Baseado nisso, um estudo bibliográfico sobre o lugar da maternidade no desejo da mulher contemporânea concluiu que a maternidade como única resposta à feminilidade é contemporaneamente insuficiente, visto que não é um desejo universal (Braga; Miranda; Correio, 2018).

Fatores de ordem biológica, social e subjetiva, presentes no contexto de vida das mulheres, se interseccionam na escolha da maternidade, tais como: o desejo pela perpetuação da espécie e da própria existência; a busca de sentido para a vida; o reconhecimento e a valorização social; o amor pelas crianças; a reprodução do modelo tradicional de família, entre outros. Em relação aos fatores especificamente sociais, essa autora destaca as condições econômicas e culturais das famílias; os projetos e as possibilidades profissionais das mulheres; o acesso a serviços públicos e ou particulares de qualidade; o apoio da família e as redes de solidariedade femininas. Entretanto, ressalta que as condições financeiras não

determinam necessariamente a escolha da maternidade, embora definam suas características e possibilidades, a depender do meio social em que a mulher está inserida (Scavone, 2004).

As difíceis condições socioeconômicas enfrentadas pela maioria das mulheres e os limites impostos aos direitos reprodutivos pelo sistema de saúde adquirem menor importância quando se interseccionam o desejo da mulher e do parceiro, ainda que, objetivamente, se busque o melhor momento para a gravidez. Há de se valorizar que a dependência econômica gera outras dependências e submissão às vontades do parceiro. Assim, "não aborrecê-lo" é a tônica de muitas mulheres que incorporaram o dever de servi-lo.

Por outro lado, quando está em jogo a realização da mulher pela maternidade, ao tempo em que incorpora a responsabilidade de oferecer ao parceiro as provas da sua virilidade, a mulher é duplamente satisfeita. Quando a gravidez, embora racionalmente não planejada, ocorre em um contexto favorável, emergem sentimentos que reafirmam sua feminilidade e a masculinidade do parceiro.

Nesse campo, a facilidade de acesso a métodos na rede farmacêutica se manteve por conta do baixo custo de um grupo de contraceptivos disponíveis e da não obrigatoriedade da prescrição médica. Assim, ao mesmo tempo em que algumas podem usá-los de modo irregular por dificuldades financeiras para adquiri-los, outras, ao contrário, com o apoio do parceiro, encontram, pelo acesso à rede privada, os meios para se proteger e se manter em relações estáveis sem gravidezes imprevistas.

Considerações finais

Os resultados apresentados mostram que, diante de ambivalências e de dificuldades de acesso a contraceptivos pela ineficiência da rede de atenção à saúde, cria-se uma condição que move a mulher na direção da gravidez. Para sua ocorrência, instala-se um conflito entre desejo e demanda, prevalecendo o papel naturalizado da maternidade como importante valor simbólico, internalizado ao longo da construção identitária.

Reafirmamos que, no campo reprodutivo, a autonomia e a liberdade das mulheres estão condicionadas a aprendizados de gênero que as modelam na direção de se realizarem pela maternidade, faltando para um grande número delas outras possibilidades para se sentirem mulher em plenitude.

Assim, diante da ocorrência de gravidez referida como não planejada, a mulher vivencia dupla satisfação, por ela e pelo parceiro, quando, diante do desejo, a masculinidade dele é presenteada com a certeza da virilidade, respondendo, assim, a ambos e à sociedade. A maternidade como desejo satisfeito se sobrepõe às difíceis condições financeiras informadas pelas participantes do estudo e, diante da certeza do apoio do parceiro, são poupadas de culpas e de maiores conflitos na ocorrência da gravidez.

Referências

AZEVEDO, R. A. de. *"Amo meu filho, mas odeio ser mãe"*: reflexões sobre a ambivalência na maternidade contemporânea. 2017. Monografia (Especialização em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/handle/10183/163940. Acesso em: 10 jul. 2022.

BERNARDI, D.; MELLO, R.; FERES-CARNEIRO, T. Ambivalências frente ao projeto parental: vicissitudes da conjugalidade contemporânea. *Revista da SPAGESP*, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 9-23, jan./jun. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702019000100002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 fev. 2021.

BONATTI, A. F. *et al*. Fatores associados ao tipo de gestação não planejada na estratégia de Saúde da Família. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 871-876, 2018. Disponível em: http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6256. Acesso em: 16 mar. 2021.

BRAGA, R. C.; MIRANDA, L. H. A.; CORREIO, J. P. C. V. Para além da maternidade: as configurações do desejo na mulher contemporânea. *Pretextos*: revista da graduação em psicologia da PUC Minas, Minas Gerais, v. 3, n. 6, p. 523-540, jul./dez. 2018. Disponível em: https://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/15994. Acesso em: 8 jul. 2022.

CAETANO, C.; MARTINS, M. S.; MOTTA, R. C. Família contemporânea: estudo de casais sem filhos por opção. *Pensando Famílias*, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 43-56, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2016000100004. Acesso em: 11 jun. 2022.

COELHO, E. A. C. (coord.) *Ocorrência de gravidez não planejada em áreas de cobertura do Programa de Saúde da Família*. Salvador: [*s. n.*], 2011. Relatório Técnico de projeto financiado pelo CNPQ. Não publicado.

COLARES, S. C. dos S.; MARTINS, R. P. M. Maternidade: uma construção social além do desejo. *Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde*, Três Corações, v. 6, n. 1, p. 42-47, 2016. Disponível em: http://periodicos.unincor.br/index.php/iniciacaocientifica/article/view/2654. Acesso em: 10 jul. 2022.

ESTRELA, J. M.; MACHADO, M. da S.; CASTRO, A. O "Ser Mãe": representações sociais do papel materno de gestantes e puérperas. *Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, Santa Catarina, v. 12, n. 42, p. 569-78, 2018. Supl. 1. Disponível em: https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1450. Acesso em: 2 jul. 2022.

GIORDANI, R. C. F. *et al*. Maternidade e amamentação: identidade, corpo e gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 2731-2739, ago. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000802731&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 jun. 2020.

PARCERO, S. M. de J. *et al*. Características do relacionamento entre a mulher e seu parceiro na ocorrência de gravidez não planejada. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 31, n. 2, p. 1-11, 2017. Disponível em: https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/17332. Acesso em: 29 jun. 2022.

PRIETSCH, S. O. M. *et al*. Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 1906-1916, out. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001000004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 6 jul. 2020.

SCAVONE, L. *Dar a vida e cuidar da vida*: feminismo e ciências. São Paulo: Ed. UNESP, 2004.

SOUZA, R. E. X.; SOUZA, J. C. S. Políticas Públicas de Incentivo a Saúde da Mulher no Planejamento Familiar. *Revista de Saúde ReAGES*, Paripiranga, v. 2, n. 4, p. 22-27, jul. 2019.

SWAIN, T. N. Meu corpo é um útero? Reflexões sobre a procriação e a maternidade. *In*: STEVENS, C. M. T. (org.). *Maternidade e feminismo*: diálogos interdisciplinares. Florianópolis: Ed. Mulheres, 2007. p. 203-244.

TRAVASSOS-RODRIGUEZ, F.; FERES-CARNEIRO, T. Maternidade tardia e ambivalência: algumas reflexões. *Tempo psicanalítico*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 1, p. 111-121, jun. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382013000100008. Acesso em: 23 maio 2022.

CAPÍTULO 7

Condições adversas e o lugar do parceiro na gravidez não planejada

Jussilene Jesus Sousa Boer
Edméia de Almeida Cardoso Coelho
Letícia da Silva Cabral
Mariza Silva Almeida
Patrícia Fiqueiredo Marques
Raquel de Alcântara

Os resultados apresentados neste capítulo mostram a experiência de mulheres que referem gravidez não planejada diante do desejo que nutriam ou da naturalização da maternidade, acompanhadas de experiências emocionais de dor e/ou superação; algumas pensam e tentam um aborto em condições de vulnerabilidade. Salientam também que o apoio do parceiro pode ser decisivo para o bem-estar da mulher e para a tomada de decisões em meio a circunstâncias adversas.

Em nosso estudo foi constatado que as condições de ocorrência da gravidez não planejada comprometem o simbolismo da maternidade, fazendo emergir sentimentos contraditórios. As mulheres se referem à gravidez como: "*algo bom, mas difícil e complicado*", "*bom, mas compromete a vida*"; "*um sonho de realização, mas difícil*"; "*mudança de vida com limitação da liberdade para o trabalho*", "*bom, mas traz sacrifícios e é uma provação*", "*algo muito difícil*"; "*quando a gravidez não é planejada o sentimento é diferente, causa angústia, traz tristeza, revolta e insegurança, arrependimento, culpa*"; "*algo que desperta sentimentos bons e ruins*", prevalecendo, quando indesejada, os sentimentos ruins.

Observa-se nos relatos seguintes que o abandono, o desespero e a resignação associados à ideação e ou a tentativa do abortamento afetam o bem-estar da mulher. A falta de apoio do parceiro é mais um elemento que potencializa as circurstâncias adversas de ocorrência da gravidez não planejada. Lê-se nas situações a seguir:

Patrícia, 26 anos, cor preta, ensino médio incompleto, três filhos(as), relacionamento de três meses, brigas frequentes, difícil condição financeira, desempregada, subsidiada pelo Programa Bolsa Família do governo federal. Refere dificuldade de acesso ao contraceptivo como principal responsável pela gravidez em curso e pelas anteriores referidas também como não planejadas.

> *Ser mãe é importante, mas quando a gente não planeja, não sente aquele gosto de tá realizada [...] Eu não tenho sentimento bom em relação a essa gravidez não, tô fria mesmo, meus sentimentos são todos negativos, são ruins, só angústia, assim uma gravidez indesejada mesmo [...] Ele [o parceiro] se afastou depois da gravidez, antes falava que se acontecesse ele assumiria como homem, mas agora caiu fora [...] ele sempre dizia que não queria filho e eu também não queria [...] e, se acontecesse, providenciava logo para abortar, eu já fiz isso antes e nessa gravidez eu fiz várias tentativas de aborto com cytotec, com chás, eu ia tentar a sonda mas eu não tive coragem não, porque ele já tá grande, mas eu não quero este filho não [...] eu falei que eu ia dá a criança e ele não se importou, inclusive ele já tá com outra mulher, em outro relacionamento [...] Minha situação financeira é péssima e dificulta muito esta gravidez!!!! Eu tenho três filhos, tô desempregada, moro de favor na casa de meu pai, que também tá desempregado, tive que dar minha outra filha porque não tinha condições de criar, o pai desse filho me abandonou, tá tudo muito difícil!!!*

> *Eu vivo da ajuda dos outros e do benefício da bolsa família* (Patrícia, 6ª gestação, 7º mês, refere 2 abortos).

Marta, 27 anos, uma filha, relacionamento de cinco meses, sem conflitos até a gravidez, abandonada posteriormente, desemprego após a gravidez, conta com a ajuda financeira da mãe. Fez uso de pílula por três anos, mas interrompeu por intolerância. Nunca participou de planejamento reprodutivo no serviço de saúde. O acesso foi dificultado por incompatibilidade do horário de trabalho e desinteresse. Tem informações insuficientes sobre os métodos, com uso eventual do preservativo por dificuldade de negociação. Ciente dos riscos, por vontade do parceiro, submetia-se a relações desprotegidas e com base na confiança. Teve parceiros diferentes nos últimos três anos, não usava com frequência o preservativo, acreditando que a gravidez não iria acontecer, entendendo estar protegida pelo autocontrole do parceiro no momento da relação sexual.

> *Ser mãe é bom, traz um sentido de felicidade, mas nessa gravidez não tá sendo a mesma coisa, é diferente [introspectiva, expressando tristeza] [...] antes dessa gravidez eu não tinha desejo nenhum de ser mãe de novo [...] nesse momento eu tava pensando em trabalhar e reformar minha casa [...] ter que depender dos outros por causa dos filhos é difícil!! Eu não tô trabalhando por causa da gravidez, dependo da ajuda da minha mãe pra viver, eu e minha filha, não é fácil!!! [...] logo que ele soube que eu estava grávida não apareceu mais [...] Quando eu tive a notícia desta gravidez, eu fiquei muito triste [...] pensei em fazer um aborto, mas minha mãe não concordou e eu também não* (Marta, 3ª gestação, 8º mês, refere 1 aborto).

Adriana, 34 anos, parda, ensino fundamental incompleto, três filhos, relacionamento de três anos em conflito, desempregada, beneficiada por pensão de um salário mínimo por morte de ex-marido. Afirma que fazia uso da pílula há nove anos, com uso irregular na relação atual. Nega dificuldade de acesso a informações e aos métodos e assumiu ter relações desprotegidas na tentativa de prender o parceiro, não conseguindo negociar a camisinha.

> *Ser mãe é importante [...] mas esta gravidez não tá sendo boa não, eu não planejava e nem queria este quarto filho, eu não consigo aceitar esta gravidez, porque a minha vida é uma vida assim muito cheia de problemas. A dificuldade em aceitar a gravidez é pela questão do relacionamento, e do pai dessa criança, que não quer assumir a responsabilidade [...] logo que ele soube que eu estava grávida ele me largou, foi embora mesmo e eu fiquei com a responsabilidade sozinha. Eu ganho um salário e, além desse, tenho mais três filhos pra criar [...] quando eu tive a notícia que eu tava grávida eu pensei logo em fazer uma loucura, mas ao mesmo tempo eu pensei: se eu fizer um aborto e perder minha vida...?! Tive muitas dúvidas!* (Adriana, 4ª gestação, 5º mês).

Rejane, 28 anos, cinco filhos(as), casamento de dez anos, dona de casa, difícil condição financeira, fez uso da pílula por quatro meses, interrompendo por intolerância. Tentou a laqueadura diversas vezes, sem sucesso, ocorrendo quatro gravidezes sem planejamento. Além da dificuldade de acesso aos métodos, mostra que tem informações insuficientes. Usou preservativo, mas interrompeu pela irregularidade no fornecimento pela Unidade de Saúde da Família (USF) e por dificuldades financeiras para comprar.

Embora esteja em um relacionamento estável, ao engravidar, houve revolta do parceiro pelas condições financeiras desfavoráveis, atribuindo toda responsabilidade à mulher, conforme lê-se a seguir:

> *Ser mãe é bom, mas sem você planejar, as coisas ficam ruins, eu tenho cinco filhos, gostei de ter os cinco, mas você não esperar outra gravidez é difícil, é complicado [...] as condições de vida estão muito difíceis para criar seis filhos, porque o salário de meu marido é pouco, não dá pra fazer quase nada, é difícil [...] Os problemas da gente, os conflitos foi por causa da gravidez que ele não aceitava, ele não queria essa gravidez, ele colocava a responsabilidade em mim [...] Mas agora ele melhorou, tá aceitando mais, não pode fazer mais nada, já tá dentro mesmo! [...] Eu mesmo, eu não posso sair pra trabalhar, porque se eu sair quem vai cuidar de meus filhos pra mim? Eu não posso fazer mais nada, agora eles já tão aqui, eu que sou mãe que tenho que cuidar. Eu só planejava ter um filho, muito filho compromete os sonhos da gente [...] agora não tem como fazer mais nada da vida não, só cuidar deles mesmo, mas tá bom [...] antes a gente falava que não ia mais ter filho, não adiantou, veio por vim, agora é cuidar [...] agora tá nas mãos de Deus* (Rejane, 6ª gestação, 7º mês).

Mônica**,** 29 anos, três filhos(as), desempregada, relacionamento de dez anos, boa convivência, difícil condição financeira, fazia uso regular da pílula há oito anos, atribuindo a gravidez ao fracasso do método. Desejava realizar laqueadura, mas durante os exames foi surpreendida pela gravidez de seis meses, que a frustrou. Refere insatisfação com a assistência em planejamento familiar na USF pelo distanciamento dos profissionais, informações fragmentadas

e ausência frequente dos contraceptivos, afirma ter optado por não ir mais porque não adiantava.

> *Ser mãe é uma referência de vida [...] mas esta gravidez tá sendo um sacrifício, uma provação que eu tô passando, nas outras gravidezes eu não tinha esse sentimento não, porque a gente planejou [...] cada dia as coisas tão mais difíceis, aí foi bem difícil aceitar essa gravidez [...] A situação financeira da gente não tá estabilizada, ele voltou a trabalhar agora, o salário é pouco, é um salário só, eu sei que não pode desesperar, mas nós já temos três filhos, nessas condições é difícil! [...] Era a primeira vez que eu ia ter um trabalho de carteira assinada, eu tava feliz e também eu ia começar um curso de enfermagem e agora eu tive que abrir mão de tudo, dos meus sonhos [reflexiva, com expressão triste], porque a gente sonha tanto tempo com essa realização com aquilo ali e de repente surge uma gravidez e aí a gente é obrigada a abrir mão de tudo [...] quando eu descobri que tava grávida eu fiquei muito triste, arrasada, foi muito difícil, um peso pra mim [...] Desespero mesmo!!! Eu só sabia chorar, reclamava da vida e com Deus o tempo todo. No momento do desespero eu pensei em abortar, mas depois eu pedi desculpa a Deus [...] Mas eu recebi muito apoio do meu marido, da minha mãe, então eu não queria, mas agora não tem mais jeito, é aceitar! Peço a Deus pra me livrar desse sentimento ruim em relação a essa gravidez! [...] porque assim, às vezes a gente não quer, é indesejada, mas quando ver se transforma em amor, em carinho [...] agora não tem mais jeito, é aceitar* (Mônica, 5ª gestação, 8º mês, refere 1 aborto).

Rejane, sem apoio do parceiro, aceita a gravidez com resignação, e Mônica pensa no aborto, embora com apoio do parceiro. Com cinco e três filhos(as), respectivamente, apesar de viverem

em relacionamento estável, vivenciam conflitos, tendo ambas dez anos de convivência. Outras participantes, sem apoio do parceiro, algumas abandonadas após a confirmação da gravidez, pensam ou tentam o aborto, especialmente, quando as mesmas se encontram em precárias condições financeiras.

A compreensão do significado da maternidade para uma mulher está relacionada à sua história pessoal, ao seu contexto socioeconômico, ao contexto existencial e às características da evolução da gravidez (Maldonado, 2017).

As mulheres, cujos depoimentos foram recortados para este texto, se encontravam em gravidezes subsequentes, com a maternidade sendo vivenciada como uma situação concreta. Em meio à ruptura de sonhos para a vida e a circunstâncias adversas, como a condição financeira precária, a experiência da gravidez não planejada é vivenciada com sentimentos de aceitação e rejeição, atrelada fortemente ao apoio do parceiro.

A partir da análise dos depoimentos anteriormente citados, constatamos: a) a ausência de apoio do parceiro quando há um relacionamento sem estabilidade; b) o abandono após a confirmação da gravidez, havendo desejo ou tentativas de aborto; c) relacionamento estável e desejo da mulher de abortar, revertido pelo apoio do parceiro e da mãe; e d) quando, em um relacionamento estável, há a aceitação passiva da gravidez pela naturalização da maternidade.

Ainda que uma gravidez não planejada traga, em geral, sentimento de rejeição, a reação inicial não se solidifica para sempre, podendo dar lugar à aceitação e vice-versa (Leite *et al.*, 2014). Logo, a depender das circunstâncias da sua ocorrência, a gravidez não

planejada gera conflitos e desperta sentimentos que podem oscilar, culminando no paradoxo que pode designar a maternidade tanto como realização quanto como fardo.

No que se refere à ausência de apoio do parceiro quando há um relacionamento sem estabilidade, os depoimentos das participantes mostram que conflitos e insegurança são marcas de uma gravidez sem essa assistência. Para o bem-estar na gestação, ter o suporte do parceiro se sobrepõe a sentimentos que podem emergir diante das adversidades socioeconômicas e de frustrações no plano das intenções para o trabalho no mundo público. Para as participantes desse estudo, o homem se apresenta como provedor e pilar da segurança da mulher e da prole, conforme legitimado cultural e socialmente.

Quando o abandono do parceiro é a resposta à gravidez não planejada, as mulheres se sentem desprotegidas e com futuro incerto, o que se agrava diante de difíceis condições materiais para a provisão da família. Nas situações apresentadas, embora a gravidez caminhasse para ter o parto como desfecho, algumas mulheres oscilaram entre o desejo de prosseguir com a gestação e as tentativas de abortamento.

Estudo realizado por Fonseca (2018) apresenta resultados semelhantes aos nossos. A autora afirma que, diante de uma gravidez imprevista, a postura de alguns parceiros é terminar o relacionamento ou abandonar a mulher, fazendo-a assumir sozinha a responsabilidade pela gravidez. Com a falta de apoio e sem condições de arcar com as responsabilidades materiais na criação dos(as) filhos(as), há a decisão ou o aborto se impõe, face às condições difíceis para assumir o ônus socioeconômico, física e emocionalmente, sozinhas. O seguimento da gestação em meio a conflitos para a

aceitação e, sobretudo a ocorrência nas condições apresentadas, nega-lhes o exercício dos direitos reprodutivos.

A postura do parceiro diante da gravidez tem um papel importante na decisão das mulheres para abortar. Fonseca (2018) afirma que, mesmo para aquelas mulheres que desejam dar continuidade à gravidez, a falta de apoio do parceiro favorece a decisão do aborto e limita o poder de escolha reprodutiva. Entretanto, as condições econômicas desfavoráveis se apresentam como fator de grande relevância no enfrentamento da gravidez, intensificando a decisão pelo aborto.

Conforme resultados deste estudo, quando há um relacionamento estável e a mulher tem apoio do parceiro, é possível a reversão do desejo de abortar e a continuidade da gravidez dá-se com menos conflitos. A análise dos discursos revela que a aceitação de uma gravidez em condições socioeconômicas difíceis está diretamente relacionada com garantias de apoio do parceiro e da provisão material da família, pelo homem, havendo o desejo da estabilidade da relação.

Estudo realizado por Rodrigues e Lopes (2016), com mulheres em idade reprodutiva e em gravidezes não programadas, revelou que uma parcela da amostra que cogitou interromper a gravidez associou essa ideação a circunstâncias financeiras desfavoráveis. Santos e Brito (2014) apontam que a quantidade de filhos(as) e o contexto socioeconômico desvantajoso estão diretamente relacionados à decisão de descontinuidade da gestação. Em nosso estudo, apesar da idealização do significado da maternidade, as mulheres estavam inseridas em cenários desfavoráveis à continuidade da

gravidez ou à aceitação dela, estando, a maioria delas, sem rede de apoio e necessitando de auxílio financeiro.

A aceitação imediata da gravidez e a naturalização da maternidade pela mulher, quando em relacionamento estável e sem apoio do parceiro, reforça a resignação diante do que ela internaliza: a maternidade como desígnio. Com base em construções de gênero, as responsabilidades, em todo o processo, se impõem à mulher, em termos dos encargos da reprodução, enquanto o parceiro se dá ao direito de se eximir.

Botton e demais autores (2015), ao abordar significados da maternidade e as circunstâncias da ocorrência da gravidez, reafirmam sua incorporação como elemento essencial da identidade feminina, naturalizando-se essa função social. Todavia, verificamos em nosso estudo que uma gravidez não planejada poderá ressignificar a maternidade a depender do contexto fortemente influenciado por: primeira gravidez ou gravidez subsequente, condições socioeconômicas, estabilidade da relação e, essencialmente, o apoio do parceiro.

Nesse sentido, pesquisadores apontam que, historicamente, a paternidade está associada ao papel do homem provedor. Assim, a internalização dessas construções sociais, baseadas em ideais de masculinidade hegemônica, faz com que os homens se excluam da responsabilidade pela vida da(o) filha(o) durante a gravidez por não se sentirem parte dela (Ribeiro; Gomes; Moreira, 2015).

Os discursos analisados evidenciam que há naturalização da maternidade na vida das mulheres e, assim, há a crença de que a procriação é destino, não se vislumbrando projetos que a redefinam. Condicionadas a uma situação financeira precária e ao não

atendimento de suas demandas contraceptivas pelo sistema público de saúde, faltam alternativas para as mulheres mudarem de vida.

O programa de ação proposto pela Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, no Cairo, em 1994, já projetava estratégias para os direitos reprodutivos equânimes, com mudança de papéis sexuais por meio da educação, comunicação e informação, incluindo-se a participação efetiva do homem no planejamento reprodutivo e no respeito à autodeterminação das mulheres (Fundo de População das Nações Unidas, 2007).

Foram estabelecidos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs) para o ano de 2015, acordados após a Cúpula do Milênio das Nações Unidas, em 2000, e assumidos por 191 Estados membros da Organização das Nações Unidas (ONU), dentre eles, destaca-se o terceiro objetivo, que é: promover a igualdade de gênero e empoderamento das mulheres (Roma, 2019). A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas e de seus países membros estabelece 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) para o período 2016-2030, e promover a igualdade de gênero constitui seu quinto objetivo (IPEA, 2015).

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Pnaish), 2013, orienta o estímulo à participação do homem nas ações de planejamento reprodutivo, enfocando a paternidade afetiva, de modo que as mulheres sobrecarregadas pelos encargos na vida reprodutiva possam compartilhar com seus parceiros essas responsabilidades. Nessa direção, os serviços de saúde devem buscar integrar os homens às ações do cuidado à saúde sexual e reprodutiva (Brasil, 2009).

O movimento feminista tem apresentado como uma das bandeiras de luta a questão da paternidade afetiva e responsabilidade civil, adotada também pelo Ministério da Saúde do Brasil, no sentido de que se torne um campo concreto de discussão no âmbito da saúde sexual, reprodutiva e da saúde coletiva. Ressalta-se que a questão da paternidade não se limita à responsabilidade social, mas também à sua contribuição emocional (Botton *et al*., 2015).

Na atualidade, apesar das relações familiares se encontrarem em processo de ressignificação das responsabilidades parentais com ênfase no movimento de assunção das responsabilidades masculinas, o modelo patriarcal hegemônico é predominante (Silva *et al*., 2017). Nos discursos analisados neste estudo, a não corresponsabilização do parceiro pela contracepção e pela gestação é representada por relações sexuais desprotegidas e pelo abandono e culpabilização da mulher pela gravidez.

Segundo Santos e Kreutz (2014), o tipo de vínculo estabelecido com a parceira apresenta-se como fator determinante na assunção de uma gravidez, sendo imprescindível no processo o reconhecimento da existência de um casal constituído e/ou uma relação em vias de concretizar-se. Na atualidade, apesar da família também assumir outras configurações, a representação da família nuclear é predominante como um ideal almejado também nas famílias das camadas populares (Secco; Marchesan; Arpini, 2017).

Uma das participantes da nossa pesquisa assume a gravidez como indesejada, tendo a rejeição como sentimento que orienta a busca de soluções. Difíceis condições financeiras e projetos profissionais frustrados aprofundam os conflitos que lhe trazem sofrimento e dor, levando ao desejo de abortar, revertido parcialmente

com o apoio do parceiro e da mãe. Todavia, o conflito se mantém e, com a rejeição ainda presente, luta para que esse sentimento seja reelaborado e dê lugar à aceitação.

A inexistência de apoio do parceiro tem sido responsável por numerosos casos de aborto. Ainda que haja um eventual desejo da gravidez por parte da mulher, ela prefere abortar diante de uma maternidade que ela considera não realista, não satisfatória para seu(sua) filho(a), para quem é necessário um "verdadeiro" pai (Beraldo; Birchal; Mayorga, 2017).

No tocante aos conflitos diante de uma gravidez imprevista, conforme mostram os resultados do estudo, a literatura explica que, diante da ocorrência de uma gravidez não planejada, as mulheres manifestam sentimentos de aceitação e rejeição e acabam se posicionando mais em um estado que em outro, sendo que algumas mulheres elaboram melhor a gravidez quando contam com o apoio do parceiro (Caldeira *et al.*, 2017).

Para o homem, a gestação e o nascimento de um(a) filho(a) despertam sentimentos diversos, somando-se à afirmação da virilidade, as apreensões socioeconômicas e a insegurança. Representam assim um marco de transformações e incertezas, momento em que o homem é solicitado a cuidar tanto da mulher quanto do(a) filho(a) (Martins; Barros; Mororó, 2018). Portanto, a noção de parentalidade pode desencadear tanto felicidade quanto tristeza, insatisfação e insegurança com os novos papéis que se apresentam, podendo gerar conflitos entre o casal (Ribeiro; Gomes; Moreira, 2015).

Dos resultados do estudo recortados para a temática em foco, a paternidade afetiva e responsável não foi evidenciada, com exceção de duas mulheres: uma que relata apoio do parceiro, e outra que

relata culpabilização inicial da mulher ao descobrir a gestação e posterior aceitação pelo companheiro.

Ainda que a contribuição genética seja equânime entre homens e mulheres na reprodução, a participação e a responsabilidade no processo reprodutivo não se dão de forma igualitária entre ambos. Assim sendo, com base em construções de gênero, as responsabilidades em todo o processo se impõem à mulher em termos do volume de trabalho corporal e das relações socioculturais que a reprodução acarreta (Ribeiro; Gomes; Moreira, 2015).

Então, vê-se que o apoio do parceiro à mulher diante de uma gravidez não planejada é decisivo para o enfrentamento da situação. A falta de apoio, despreparo ou abandono por parte do parceiro interfere de forma significativa no processo do desenvolvimento psicoafetivo e social das mulheres na gravidez, o que ocasiona diversos problemas tanto para a mulher quanto para a criança, podendo resultar no desejo ou realização do aborto em muitos casos (Carvalho, 2015; Larrea; Orellán; Larrea, 2016).

Pesquisa realizada com mulheres de 25 a 39 anos, residentes em três municípios do estado da Bahia, e que vivenciaram a experiência do aborto mostra que a recusa da gravidez e a tomada de decisão em abortar é resultado de um processo doloroso e difícil em que interagem fatores de ordem pessoal e social, tendo a falta de apoio do parceiro como fator fundamental para a descontinuidade da gestação (Fonseca, 2018). Em nosso estudo, entre mulheres com gravidezes subsequentes, um a cinco filhos(as), apenas uma não expressou o desejo de abortamento; uma relata a tentativa de aborto; uma relatou o desejo, mas desistiu por medo de perder a vida; outra não realizou o aborto, pois a mãe se opôs.

Quando as gravidezes indesejadas acontecem e a mulher não se apresenta em condições psicológicas e financeiras para arcar com os custos da reprodução, muitas vezes, são interrompidas com a realização de abortos inseguros. As mulheres pobres e negras estão expostas a maiores riscos por causa das condições precárias de assistência em que esses abortamentos são realizados, decorrentes de desigualdades sociais e econômicas presentes no contexto de vida dessas gestantes (Cisne; Castro; Oliveira, 2018).

A clandestinidade do aborto é agravada pelo fato de se tratar de um universo de mulheres de baixos recursos, que representam a maioria das mulheres brasileiras. A vulnerabilidade dessas, no processo de decisão e realização do aborto, se amplia quando em situação de baixa renda pessoal ou familiar, de baixa escolaridade, de estar fora do mercado de trabalho e quase sempre, sem o apoio dos parceiros, assumem sozinhas os riscos à saúde e à vida. Além disso, a rede de saúde em que buscam atenção não valoriza o contexto em que essas mulheres vivenciam suas experiências reprodutivas e há, muitas vezes, a condenação moral e social pelo fato delas não terem realizado a contracepção e não terem previsto a gravidez. Nessa perspectiva, marcadores sociais evidenciam que a experiência de mulheres que se submeteram a aborto apresenta fortes elementos de gênero, tanto no processo de ocorrência da gravidez, quanto na decisão pelo aborto (Marques, 2018).

Diante das circunstâncias apresentadas, verificamos que as condições socioeconômicas desfavoráveis, as frustrações no plano das intenções para o trabalho público, o fato de não estar em relacionamento estável e o não desejo de ser mãe novamente se revelaram fatores de influência na decisão de descontinuar a gestação.

Identificou-se também que a falta de apoio do parceiro interfere diretamente na aceitação da gravidez não planejada. Os relatos apresentados revelam a falta de apoio do companheiro como um elemento gerador de sentimentos conflitantes frente à gestação não planejada.

Considerações finais

Neste estudo, a gravidez e a maternidade se apresentam naturalizadas sob o olhar de mulheres que a vivenciavam por ocasião da pesquisa. Todavia, uma vez não planejada, e em meio a circunstâncias adversas, seu sentido é ressignificado sob o peso da gestação subsequente, difíceis condições socioeconômicas, falta de estabilidade da relação e do apoio do parceiro, condições essas que geram um sentimento de desamparo na mulher. A experiência das mulheres se alicerça em estereótipos de gênero em que o homem tem a função de provedor, abstraindo seu papel no âmbito da reprodução ao entender que é responsabilidade das mulheres. A incorporação desses atributos de gênero contribui para responsabilidades parentais desiguais.

O apoio do parceiro torna-se uma referência de segurança para a mulher, sendo considerado um fator decisivo para a tomada de decisão diante de uma gravidez imprevista, cujos conflitos se agravam pela difícil situação socioeconômica que caracteriza as mulheres participantes desta pesquisa. Ressaltamos que todas as mulheres se encontravam naquele momento dependentes financeiramente do parceiro, o que gera outras dependências.

No contexto dessa masculinidade hegemônica, o homem se exime de responsabilidades sobre a gravidez e a chegada de um(a) filho(a). Essa posição social assumida pelos parceiros vai interferir

diretamente na aceitação da gravidez pela mulher, e o aborto se apresenta como possibilidade para o desfecho, embora não o tenham efetivado.

A transformação dessa realidade precisa de ações e de estratégias para mudanças com intervenção em sistemas estruturantes, ou seja, nas instituições sociais que constroem identidades e subjetividades e mantêm um modelo de masculinidade que se desdobra em desrespeito ao exercício dos direitos sexuais e reprodutivos.

Referências

BERALDO, A.; BIRCHAL, T. S.; MAYORGA, C. O aborto provocado: um estudo a partir das experiências das mulheres. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 25, n. 3, p. 1141-1157, set./dez. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ref/a/C97RpfTbdNSFPx8mGLGZWmq/. Acesso em: 13 nov. 2021.

BOTTON, A. *et al.* Os papéis parentais nas famílias: analisando aspectos transgeracionais e de gênero. *Pensando Famílias*, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 43-56, dez. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2015000200005. Acesso em: 26 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher* – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf. Acesso em: 18 dez. 2021.

CALDEIRA, L. Á. *et al.* A visão das gestantes acerca da participação do homem no processo gestacional. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, Minas Gerais, v. 7, 2017. Disponível em: http://seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/1417. Acesso em: 4 jan. 2022.

CARVALHO, A. B. de. *O processo de decisão pelo aborto*: as experiências das mulheres em foco. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUBD-AAJEXZ. Acesso em: 4 nov. 2021.

CISNE, M.; CASTRO, V. V.; OLIVEIRA, G. M. J. C. Aborto inseguro: um retrato patriarcal e racializado da pobreza das mulheres. *Revista Katálysis*, Santa Catarina, v. 21, n. 3, p. 452-470, set./dez. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rk/a/sVLLgJKMPHdvmxgr6JQSVDP/?lang=pt. Acesso em: 28 abr. 2019.

FONSECA, J. G. *Itinerários abortivos de mulheres*: um recorte geográfico no Estado da Bahia. 2018. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/29536/1/Tese_Enf%20Jamile%20Guerra%20Fonseca.pdf. Acesso em: 15 nov. 2021.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Conferência do Cairo)*. Brasília, DF: UNFPA, 2007. Disponível em: https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/relatório-da-conferência-internacional-sobre-população-e-desenvolvimento-conferência-do. Acesso em: 3 dez. 2021.

IPEA. *Acompanhando a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*: subsídios iniciais do Sistema das Nações Unidas sobre a identificação de indicadores nacionais aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Brasília, DF: IPEA, 2015. Disponível em: https://www.undp.org/pt/brazil/publications/acompanhando-agenda-2030. Acesso em: 30 out. 2021.

LARREA, S. O.; ORELLÁN, R. G.; LARREA, A. O. El silencio social que se construye en torno al aborto inducido. *Index de Enfermería*, Granada, v. 25, n. 4, p. 1-7, out./dez. 2016. Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000300005. Acesso em: 6 nov. 2021.

LEITE, M. G. *et al*. Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 19, n. 1, p. 115-124, jan./mar. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pe/a/NYr55pvwCyswPWh9Xh8NNWS/abstract/?lang=pt. Acesso em: 18 nov. 2021.

MALDONADO, M. T. *Psicologia da gravidez*: gestando pessoas para uma sociedade melhor. São Paulo: Ideias e Letras, 2017.

MARQUES, P. F. *Marcadores de gênero na experiência de mulheres com abortamento induzido*: construção de instrumento para o cuidado. 2018. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/31049/1/Tese%20final%20Patricia%20Figeiredo%20Marques.pdf. Acesso em: 28 abr. 2024.

MARTINS, A. de C.; BARROS, G. M.; MORORÓ, G. M. Paternidade na gestação e parturição: uma revisão integrativa. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, Minas Gerais, v. 6, n. 3, p. 485-492, jul./set. 2018. Disponível em: https://www.redalyc.org/journal/4979/497956691011/html/. Acesso em: 10 out. 2021.

RIBEIRO, C. R.; GOMES, R.; MOREIRA, M. C. N. A paternidade e a parentalidade como questões de saúde frente aos rearranjos de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3589-3598, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/qxzxVJzfT4j4hPn9LfX7yGc/abstract/?lang=pt. Acesso em: 8 dez. 2021.

RODRIGUES, C. D. da S.; LOPES, A. O. S. A gravidez não planejada de mulheres atendidas no pré-natal das Unidades Básicas de Saúde. *Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, Pernambuco, v. 10, n. 32, p. 70-87, nov./dez. 2016. Disponível em: https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/579/0. Acesso em: 4 set. 2020.

ROMA, J. C. Os objetivos de desenvolvimento do milênio e sua transição para os objetivos de desenvolvimento sustentável. *Ciencia e Cultura*, Campinas, v. 71, n. 1, p. 33-39, jan./mar. 2019. Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252019000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 jan. 2023.

SANTOS, D. L. A. dos; BRITO, R. S. de. Processo decisório do aborto provocado: vivência de mulheres. *Physis:* revista saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1293-1313, out./dez. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/FHK3yNQNprjRcFQdqX635wt/. Acesso em: 30 dez. 2021.

SANTOS, S. C. dos; KREUTZ, C. M. O envolvimento do pai na gestação do primeiro filho. *Pensando Famílias*, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 62-76, dez. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2014000200006#:~:text=A%20participação%20e%20o%20envolvimento,família%2C%20dar%20apoio%20emocional%20e. Acesso em: 28 abr. 2019.

SECCO, A. C.; MARCHESAN, R. Q.; ARPINI, D. M. A família e o cuidado com os filhos: Aspectos históricos e desafios contemporâneos. Seminário Internacional de Políticas Públicas. *In:* SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 3., 2017, Porto Alegre. *Anais* [...]. Porto Alegre: PUCRS, 2017. Disponível em: https://editora.pucrs.br/acessolivre/anais/sipinf/assets/edicoes/2017/artigo/1.pdf. Acesso em: 28 maio 2020.

SILVA, M. da R. *et al*. Os conceitos de envolvimento e experiência nos estudos sobre paternidade. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 69, n. 3, p. 116-132, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000300009. Acesso em: 9 jan. 2022.

CAPÍTULO 8

Interseção entre dificuldades de acesso à contracepção e responsabilidade do parceiro na gravidez não planejada

Jussilene Jesus Sousa Boer
Edméia de Almeida Cardoso Coelho
Jamile Guerra Fonseca
Cleuma Sueli Santos Suto
Joise Magarão Queiroz Silva
Nayara de Jesus Oliveira
Diana Santos Sanchez

Os resultados apresentados neste capítulo mostram que o parceiro, pessoa igualmente responsável pela ocorrência da gravidez, se apresenta como coadjuvante, em clara demonstração de que a função reprodutora e a responsabilidade sobre ela está imputada apenas às mulheres, havendo pouca ou nenhuma participação do parceiro nesse processo.

Razões atribuídas às mulheres para a ocorrência da gravidez não planejada

A falta de conhecimento sobre seus direitos, a atenção fragmentada nos serviços de saúde, a responsabilidade em assumir a contracepção sozinhas, tudo isso remete as mulheres a um lugar de opressão, conforme verificamos nas razões para a gravidez segundo seus relatos.

Falta de acesso aos insumos contraceptivos e à educação em saúde

Ao serem perguntadas sobre o que contribuiu para a ocorrência da gravidez, as participantes revelaram ser resultado de um cotidiano que impossibilitou o pleno exercício dos seus direitos sexuais e reprodutivos.

Nas condições apresentadas a seguir, se encontra cerceado o direito da mulher de decidir sobre seu corpo, na medida em que a liberdade e a autonomia reprodutiva são negadas.

> *A falta de acesso contribuiu muito para esta gravidez acontecer [...] eu fui várias vezes com a receita buscar a pílula e toda vez que eu ia, não tinha, aí eu acabei desistindo [...]* (Patrícia, 6ª gestação, 7º mês, 2 abortos).
>
> *Usei o comprimido pouco tempo porque eu não me dava e os outros métodos eles orientavam, mas os outros ficava falando que dava muito problema o DIU, aí eu não quis não [...] Meu marido pegava a camisinha no posto, mais depois ele parou de usar porque no posto não tava fornecendo* (Rejane, 6ª gestação, 7º mês).
>
> *Quando eu pegava o remédio no posto, tinha um mês, no outro mês não, então eu preferia eu mesmo comprar* (Mônica, 5ª gestação, 8º mês, 1 aborto).
>
> *Eu acabei ficando sem tomar o remédio por três meses, porque tava faltando no posto, aí aconteceu [...] Nas outras gravidezes eu demorava de engravidar, como eu usava a injeção tinha muito tempo pensava que era mais difícil pra pegar filho logo* (Fátima, 4ª gestação, 8º mês, 1 aborto).
>
> *Pra dizer a verdade eu nem sabia que aqui no posto tinha esse serviço de planejamento familiar [...] Eu sempre tive informações, mas por outros meios [...] Eu não sabia sobre todos métodos não, só da pílula e da camisinha* (Marta, 3ª gestação, 8º mês, 1 aborto).

Situação socioeconômica desfavorável

A situação socioeconômica pessoal ou familiar desfavorável participa do contexto de ocorrência de gravidez, já marcado por dificuldades de acesso a informações e aos métodos contraceptivos, como constatamos nos depoimentos:

> *Tô desempregada, vivo de ajuda para sustentar meus três filhos* (Patrícia, 6ª gestação, 7º mês, 2 abortos).
>
> *Com a situação difícil não era sempre que dava pra comprar [...] eu não trabalho e meu marido ganha pouco* (Rejane, 6ª gestação, 7º mês).
>
> *Não faltava de jeito nenhum, mas quando não deu pra comprar...* (Mônica, 5ª gestação, 8º mês, 1 aborto).
>
> *Eu não tô trabalhando, dependo da minha mãe para viver, eu e minha filha* (Marta, 3ª gestação, 8º mês, 1 aborto).

Ausência de corresponsabilização do parceiro no planejamento reprodutivo

A participação limitada do parceiro no que diz respeito à responsabilização no planejamento da concepção, contracepção e ocorrência de gravidez indica que, no contexto da ocorrência de gravidez não planejada, estão imbricadas desigualdades de gênero, aqui representadas pela não assunção de responsabilidades da parte do parceiro, conforme se lê nos trechos dos depoimentos:

> *Tive todas as informações, tinha a camisinha, mas nem ele nem eu gostava de usar [...] ele nunca teve nenhuma responsabilidade*

> *com isso, deixava a responsabilidade de evitar só comigo* (Patrícia, 6ª gestação, 7º mês, 2 abortos).
>
> *Ele não aceitava a gravidez, ele colocava a responsabilidade em mim, porque eu não tomei o remédio* (Rejane, 6ª gestação, 7º mês).
>
> *A participação dele para evitar filho era quase nenhuma, quem procurava a forma de evitar mesmo era eu [...] ele queria mesmo era fazer naquela hora que ele tava com vontade e acabou* (Mônica, 5ª gestação, 8º mês, 1 aborto).

Em consequência, o aborto se apresenta como possibilidade de desfecho para a gravidez, com riscos para a saúde e ameaça à vida:

> *Tá sendo difícil aceitar essa gravidez. Meus planos não era ter outra gravidez [...] fui fazer um exame de preventivo, descobri que eu estava grávida* (Fátima, 4ª gestação, 8º mês, 1 aborto).
> *[...] quando eu tive a notícia que eu tava grávida eu pensei logo em fazer uma loucura, mas ao mesmo tempo eu pensei: se eu fizer um aborto e perder minha vida...?! Tive muitas dúvidas, minha situação tá difícil* (Adriana, 4ª gestação, 5º mês).

É notório que a ocorrência de uma gravidez não planejada é multicausal. Contexto socioeconômico, descumprimento de obrigações pela rede de atenção e desigualdades de gênero fazem com que a mulher se veja impedida ou limitada para o exercício da liberdade reprodutiva.

O acesso constitui uma categoria importante no contexto dos sistemas de saúde, uma vez que revela dimensões de caráter social e político necessariamente presentes na formulação e implementação de políticas públicas de saúde (Carneiro Júnior; Jesus;

Crevelim, 2010). Sobre a categoria acesso, Hortale, Pedroza e Rosa (2000, p. 232) afirmam que:

> [...] deve ser vista não somente como geográfica e econômica, mas também organizacional e sociocultural. Ela pode descrever a capacidade que um serviço tem de dar cobertura a uma determinada população ou o obstáculo a sua utilização, caracterizando uma interação que ocorre em um processo de produção de serviços.

No âmbito da saúde da mulher, a garantia de acesso é condição para se caminhar na direção da integralidade que pode ser compreendida como a

> concretização de práticas de atenção que garantam o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas. Nesse sentido, o cuidado deve ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas, valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento das mulheres (Coelho *et al*., 2009).

Assim, no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, o acesso à informação e aos métodos contraceptivos é essencial para que os direitos reprodutivos sejam exercidos pelas mulheres, devendo ser assegurados nos serviços de saúde, com alternativas que atendam às necessidades e às especificidades de cada mulher. Na oferta de ações deve ser incluída a educação em saúde, de modo a tornar efetiva a prática do planejamento reprodutivo (Rego, 2014).

Estudo realizado com 55 unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) em Cuiabá revelou fragilidades na organização dos serviços e na infraestrutura relacionadas à escassez de anticoncepcional oral e de materiais para realização de preventivo; alta rotatividade e insuficiência de profissionais de saúde; carência de consultas médicas e de enfermagem no pós-parto; inexistência de educação permanente direcionada à saúde reprodutiva e de educação em saúde grupal; e falta de profissionais para atuar na atenção primária (Corrêa *et al*., 2017).

Um dos momentos preciosos para que profissionais conheçam as necessidades de saúde das mulheres que procuram o serviço de saúde é o das atividades educativas, em que há oportunidade de garantir o direito à informação de qualidade. Em sua base está o reconhecimento das necessidades em saúde apresentadas por quem procura o serviço, o que oportuniza a troca de experiências e de saberes entre as próprias usuárias de modo a concretizar essa dimensão da Política Nacional de Atenção à Saúde das Mulheres.

As práticas educativas emancipatórias têm importante contribuição nesse processo. Entretanto, ainda existem muitas dificuldades para tais práticas. Faltam materiais educativos, ambiência e espaço adequado para as atividades grupais, adesão da equipe de saúde às ações educativas e número de profissionais suficientes para comportar as demandas. Esses entraves impossibilitam o desenvolvimento de ações de planejamento reprodutivo que atendam aos princípios da universalidade, equidade e integralidade no cuidado à saúde da mulher comprometendo o exercício dos direitos reprodutivos (Oliveira; Pereira, 2013).

Considerando os resultados do nosso estudo, em que a educação em saúde constitui uma lacuna no serviço, investir na qualidade da informação é fundamental. Essa deve extrapolar a particularidade dos métodos e atingir a singularidade das mulheres, sendo a consulta para o planejamento reprodutivo uma oportunidade rica para um diálogo nessa direção, ao que se somam atividades em sala de espera e outras em grupo. Assim, profissionais estarão mais próximas(os) de estabelecer relação de confiança e contribuir para escolhas em liberdade e de forma esclarecida.

Estudos mostram que quanto melhor for a qualidade das orientações prestadas nas ações de planejamento reprodutivo, maior será a adequação na escolha, satisfação, aceitabilidade e continuidade no uso dos métodos, ocasionando um menor índice de falhas. Nessa perspectiva, a(o) enfermeira(o), como membro da equipe de saúde, que exerce atividades na área de planejamento reprodutivo, apresenta-se com elevado potencial para identificar as necessidades das mulheres (Coelho *et al*., 2014).

Tal condição existe não apenas pelo contato direto com as pessoas da comunidade, mas essencialmente pelo desempenho de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos por meio da educação em saúde e do conhecimento para atuar no cuidado à mulher na perspectiva da integralidade, considerando os aspectos sociopolíticos e culturais das demandas de saúde (Meireles; Negreiros; Maia, 2014).

Para que as informações de saúde sejam compreendidas pelas usuárias, os(as) profissionais devem utilizar uma linguagem clara e objetiva, adequada ao público-alvo, devem evitar o uso de termos

técnicos e utilizar o tempo necessário na consulta, realizar *feedback* e, principalmente, exercer uma escuta sensível (Andrade *et al*., 2013).

O saber popular agregado ao saber científico contribui para a promoção da saúde de forma integral e para a autonomia de usuárias(os) no cuidar da sua comunidade e no seu autocuidado. Para essa perspectiva ser viável é fundamental a presença de pessoal de saúde que saiba desenvolver tais ações e que as incorpore à sua prática profissional (Diógenes; Linard; Teixeira, 2010).

Disponibilizar informações a respeito da sexualidade e dos métodos contraceptivos e garantir o acesso a esses meios é uma forma de contribuir para o empoderamento das mulheres e para a construção de autonomia e da liberdade reprodutiva (Coelho *et al*., 2012).

O conceito de autonomia está relacionado com o ato de determinação por parte de cada pessoa no que diz respeito a decidir ou julgar o que é melhor para si mesmo (Alecrim; Silva; Araújo, 2014). Portanto, a autonomia está relacionada com a independência no sentido da pessoa exercê-la de modo livre das opiniões alheias e de acordo com o seu próprio julgamento (Fonseca, 2018). A negação dos princípios da autonomia e da liberdade reprodutiva se revela nos relatos das participantes que ressaltam as dificuldades de acesso aos métodos e às informações nas Unidade de Saúde da Família (USF) em que são usuárias, bem como a relação com o parceiro, negando-se, portanto, o livre arbítrio sobre a reprodução, sobre seu corpo e sobre a sua vida, com participação efetiva do Estado.

As restrições no acesso ao planejamento reprodutivo nas USF, referidas pelas participantes do estudo, mostram que apesar da ESF se apresentar como estratégia que busca a reorganização e o

fortalecimento da atenção básica, mediante a ampliação do acesso e reorientação das práticas do cuidado, no âmbito do planejamento reprodutivo, as mulheres estão à mercê de uma atenção pouco resolutiva, negando-se a integralidade. Esse aspecto da vida das mulheres contribuiu para a ocorrência de gravidezes imprevistas.

Os obstáculos ao exercício do planejamento reprodutivo não se limitam à escassez de informação e acesso aos métodos contraceptivos. Questões transversais de gênero também foram relatadas e refletem assimetrias nas relações do campo afetivo, com impacto na vida sexual e reprodutiva. Essas questões dizem respeito à submissão da mulher aos desejos e imposições do parceiro que não assumiram corresponsabilidade e, desse modo, favorece as possibilidades de gravidez, conforme relatado. Em situações que retratam o parceiro se eximindo de responsabilidades, prevalece a vontade do homem, ao tempo em que resta à mulher se responsabilizar integralmente pela contracepção e pela gravidez por atribuir a si descuidos na relação sexual.

Em consonância com esse resultado, a pesquisa concluiu que, entre os fatores associados à prática do aborto em situação de gravidez não planejada, estão o baixo nível de escolaridade, condição socioeconômica reduzida, gravidez não desejada, multiparidade e falta de apoio do companheiro (Delgado *et al.*, 2020).

A contracepção apresenta-se como possibilidade de colocar a mulher em posição teoricamente equivalente ao homem, livrando-a da angústia de uma gravidez indesejada. Entretanto, apesar da liberdade proposta pelos métodos contraceptivos, as práticas sexuais masculinas e femininas remetem sempre a representações em que o desejo e o prazer do homem na relação são prioritários.

As mulheres convivem com dificuldade na gestão cotidiana da contracepção e dos seus possíveis fracassos. Por isso, apesar da decisão sobre a contracepção ser apresentada como sendo exclusiva da mulher, essa decisão depende da negociação com o parceiro, e a posição da mulher nem sempre prevalece (Ferrand, 2007).

Desse modo, quando o método utilizado prescinde da participação masculina e a mulher tem garantia de acesso, com a gestão desse método, a proteção à gravidez não planejada é possível. Mas, quando exige a participação do parceiro, ele toma decisões em prol dos seus interesses, e as mulheres, construídas socialmente para aceitar o predomínio da vontade masculina como ponto de equilíbrio para a relação, se submetem.

Cabe ao serviço público de saúde desenvolver ações que envolvam igualmente homens e mulheres, estimulando o maior conhecimento do casal em torno da sexualidade e da reprodução e que, além de informações adequadas sobre contracepção e provisão de métodos, tragam uma abordagem mais ampla sobre sexualidade e reprodução, buscando igualdade de responsabilidades e abrindo caminhos para o diálogo e a superação das iniquidades de gênero no campo da cidadania reprodutiva.

Há de se reconhecer que gênero, classe e raça/cor se entrelaçam na teia das interseccionalidades e influenciam diretamente o acesso das mulheres às condições dignas que favoreçam o planejamento reprodutivo, estando o parceiro também inserido em contexto socioeconômico desfavorável no acesso à informação. Sendo assim, são múltiplas as faces das desigualdades sociais que se apresentam para pessoas economicamente desfavorecidas, o que aprofunda as

vulnerabilidades das mulheres, nega o poder sobre o seu corpo e reafirma na prática o desamparo pelo Estado.

A negação dos princípios da autonomia e da liberdade reprodutiva se revela nos relatos das participantes, ressaltadas as dificuldades de acesso aos métodos e às informações nas ESF em que são usuárias, negando-se, portanto, o livre arbítrio sobre a reprodução. A falta de conhecimento sobre seus direitos, a atenção fragmentada nos serviços de saúde e a responsabilidade de assumir sozinhas a contracepção as remete a um lugar de opressão, com isenção de responsabilidade pelo serviço e pelo parceiro.

Considerações finais

A realidade apresentada pelas mulheres participantes deste estudo, no tocante a fatores que conformam as circunstâncias para a ocorrência da gravidez não planejada, denota a pouca eficácia das ações de planejamento reprodutivo. Baixa resolubilidade do serviço e relações desiguais de gênero acompanham o processo de ocorrência de uma gravidez não planejada, com participação decisiva do serviço de saúde, que dificulta o acesso aos meios de contracepção e à informação.

Os discursos analisados revelam que, na relação das mulheres com o serviço de saúde, é negada a integralidade, tendo em vista os serviços não garantirem acesso, nem estabelecerem com elas o vínculo necessário para o atendimento de suas demandas. Há na relação com a ESF superficialidade de informações e descontinuidade na oferta de contraceptivos que comprometem a efetividade das ações, de modo que as condições objetivas são mais favoráveis à ocorrência de uma gravidez do que a sua prevenção.

Faz parte do contexto em que as mulheres se inserem um frágil apoio da USF em que procuram ser cuidadas. Para ações mais resolutivas, há de se valorizar o conhecimento que as mulheres dispõem sobre os métodos contraceptivos e o contexto em que vivenciam suas experiências sexuais.

Desse modo, as equipes multiprofissionais precisam ser capacitadas para responder as demandas das mulheres e oferecer ações que atendam às necessidades manifestas. Isso exige dos serviços a garantia de profissionais, informações e insumos, bem como estratégias de trabalho coletivo sob enfoque de integralidade e gênero, com planejamento e execução de práticas educativas sob metodologias participativas e emancipatórias para o cumprimento de políticas públicas e pela liberdade reprodutiva das mulheres.

Torna-se importante a reorganização das ações estratégicas do ESF na atenção à saúde da mulher, no sentido de garantir ações efetivas no planejamento reprodutivo, incluindo práticas educativas participativas em que as mulheres tenham voz. Há de se valorizar o nível de entendimento das mulheres, o conhecimento que elas dispõem sobre os métodos e o contexto em que são geradas as suas demandas.

Essa perspectiva de mudanças requer uma reflexão sobre as práticas multiprofissionais, entre elas, a da(o) enfermeira(o), profissional que se encontra à frente das ações do cuidado à mulher no planejamento reprodutivo, na maioria das unidades de saúde, buscando, assim, superar adversidades e agregar novos significados ao cuidado no âmbito reprodutivo.

Além disso, o discurso e a prática devem ser articulados entre profissionais de saúde e gestores(as) públicos(as), de modo que as

necessidades das mulheres sejam conhecidas e respeitadas por todos(as), no sentido de efetivar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Pnaism) e assegurar o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos.

Referências

ALECRIM, G. M.; SILVA, E. P.; ARAÚJO, J. M. de. A autonomia da mulher sobre o seu corpo e intervenção estatal. *Gênero & Direito*, Paraíba, v. 3, n. 2, p. 158-176, 2014. Disponível em: https://periodicos.ufpb.br/index.php/ged/article/view/20428. Acesso em: 16 fev. 2022.

ANDRADE, A. C. V. de *et al*. Planejamento das ações educativas pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 439-49, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/planejamento_acoes_educativas_equipe_multiprofissional.pdf. Acesso em: 28 out. 2015.

CARNEIRO JÚNIOR, N.; JESUS, C. H.; CREVELIM, M. A. A estratégia saúde da família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 1-9, set. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/rGJJP8SyB7SvhG8JnJStH4c/abstract/?lang=pt. Acesso em: 3 jul. 2022.

CORRÊA, D. A. S. *et al*. Fatores associados ao uso contraindicado de contraceptivos orais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 51, n. 1, p. 1-10, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/tNWYHBxjZp84G3Hznp8tnRv/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 3 jun. 2022.

COELHO, E. de A. C. *et al*. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 415-422, jun. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ape/a/W9z9WJQLDFX7mVxhwFGLzkq/.
Acesso em: 10 jun. 2022.

COELHO, E. de A. C. *et al*. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. *Escola Anna Nery*: revista de enfermagem, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 154-160, jan./mar. 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/wBdMvhhJTLJnr7cC8S64NXx/abstract/?lang=pt. Acesso em: 16 maio 2022.

COELHO, E. de A. C *et al*. Uso de anticonceptivos y frecuencia de embarazos no planificados respecto al programa de planificación familiar. *Enfermería Comunitaria*, Granada, v. 10, n. 1, p. 1-7, 2014.

DELGADO, V. G. *et al*. Gravidez não planejada e os fatores associados à prática do aborto: revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, Paraná, v. 3, n. 5, p. 12315-12327, 2020. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/16528. Acesso em: 17 maio 2022.

DIÓGENES, M. A. R.; LINARD, A. G.; TEIXEIRA, C. A. B. Comunicação, acolhimento e educação em saúde na consulta de enfermagem em ginecologia. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Ceará, v. 11, n. 4, p. 38-46, out./dez. 2010. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027972004.pdf. Acesso em: 4 nov. 2015.

FERRAND, M. *Sociologia da contracepção e do aborto*: a contribuição da análise das relações de gênero. Santa Catarina: UFSC, 2007. Aula inaugural do 11º Curso de metodologia da UFSC. Disponível em: www.sociolog/contracep/aborto.ufsc.br. Acesso em: 2 jan. 2009.

FONSECA, J. G. *Itinerários abortivos de mulheres*: um recorte geográfico no Estado da Bahia. 2018. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/29536/1/Tese_Enf%20Jamile%20Guerra%20Fonseca.pdf. Acesso em: 15 jul. 2022.

HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 231-239, jan./mar. 2000. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/kqRBQZL3bdwnbHLF8ZrMxgK/abstract/?lang=pt. Acesso em: 20 jun. 2022.

MEIRELES, G. M. S.; NEGREIROS, L. T.de; MAIA, J. S. A atuação do enfermeiro no planejamento familiar. *Recien*: revista científica de enfermagem, São Paulo, v. 4, n. 10, p. 18-23, 2014. Disponível em: http://www.recien.com.br/online/index.php/Recien/article/view/65/126. Acesso em: 4 jan. 2015.

OLIVEIRA, M. A. de C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 66, p. 158-164, 2013. Número especial. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/5XkBZTcLysW8fTmnXFMjC6z/. Acesso em: 3 maio 2022.

REGO, A. G. F. A. *et al*. O uso dos anticoncepcionais no planejamento familiar. *INTESA*, [*s. l.*], v. 8, n. 1, p. 44-53, jan./dez. 2014.

Conclusões[1]

[1] Vale ressaltar que as conclusões aqui apresentadas não são definitivas por se tratar de uma pesquisa empírica de abordagem qualitativa, cujos resultados expressam a dinâmica da ocorrência de gravidez em contextos específicos.

Este estudo revelou uma complexa rede multifacetada que acompanha o processo de ocorrência de uma gravidez não planejada, sendo a posição assumida pelas mulheres por ocasião da gravidez dependente das condições socioeconômicas, do apoio do parceiro, da estabilidade da relação, do número de filhos(as) e da relação com os serviços de saúde. A relação com o parceiro e com o serviço de saúde se sobrepõe às difíceis condições socioeconômicas da maioria delas, identificadas também como um problema a enfrentar com a gravidez. Além de baixa renda e de baixa escolaridade, parte das mulheres se encontrava fora do mercado de trabalho sendo, portanto, dependentes financeiramente do parceiro ou de familiares, condição que gera outras dependências.

Construídas socialmente a partir de referências identitárias que determinam a realização das mulheres através da maternidade, essa é idealizada e sentida por todo o grupo que participou da pesquisa como o espaço para ser mulher em plenitude. É sobretudo entre as grávidas de primeiro(a) filho(a) que a idealização se mantém diante de uma gravidez não planejada,

sendo representada como algo sublime, divino, que enaltece e traz felicidade.

O estudo também mostra que as mulheres com tais características, uma vez sem atendimento de suas demandas pelo serviço de saúde, quando têm a firme determinação de não engravidar, tendo o apoio do parceiro, conseguem obter o contraceptivo na rede farmacêutica e adiar o sonho da maternidade. Todavia, quando sem filhos(as), diante do desejo de ser mãe em algum momento e do desejo do parceiro, apresentam-se ambivalentes e se encaminham na direção da maternidade. A estabilidade e o tempo de relacionamento constroem as condições para que descuidos aconteçam e a gravidez se confirme. Surpreendidas, realizam a si e ao parceiro.

No grupo de mulheres que apresentou gravidez subsequente, as circunstâncias de sua ocorrência revelaram múltiplas faces das desigualdades de gênero e da atenção à saúde em meio a difíceis condições socioeconômicas. As situações foram permeadas pela baixa qualidade da atenção ao planejamento reprodutivo pelas Unidades de Saúde da Família (USF), com descontinuidade frequente na oferta de métodos e informação precária. Nesse grupo, a função social da maternidade também foi naturalizada, mas o simbolismo foi afetado pela gravidez não planejada.

Entre as situações que foram identificadas a partir da análise de discurso dos depoimentos, podemos citar as seguintes: apoio e desejo de alguns parceiros por mais um filho; o aborrecimento de alguns companheiros quando cientes da gravidez, sendo a mulher responsabilizada; frustração, revolta e não aceitação da gravidez pela mulher, com desejo ou tentativas de abortamento; relações sexuais desprotegidas como prova de confiança em relações

amorosas que se iniciam ou estão desgastadas após período de estabilidade, tendo o abandono como resposta. Para as mulheres inscritas nessa última situação, o futuro incerto para a gravidez e para a própria vida revela uma face perversa das desigualdades sociais, entre elas as de gênero, quando se reproduz um modelo de homem que faz da mulher, além de objeto, algo descartável.

As participantes que apresentaram estabilidade na relação estiveram igualmente vulneráveis às consequências de uma gravidez não planejada e vivenciaram conflitos. Como podemos perceber no estudo, a aceitação da gravidez não planejada foi grandemente influenciada pelo apoio do parceiro, revertendo-se ou minimizando-se situações conflitantes, o que reafirma a sua importância no processo e a necessidade de assunção da paternidade como dever moral, proporcionando à mulher melhores condições para manejar os conflitos.

O receio de uma gravidez existe, mas as dificuldades em assumir o controle sobre seu corpo, seja por domínio masculino, que ordena responsabilidades e se exime delas, seja porque nos serviços de saúde não são acolhidas nem atendidas em suas demandas contraceptivas, fazem com que a naturalização da maternidade aflore e se revele como possibilidade de proteção a culpas e arrependimentos. O contexto em que se inserem, do qual faz parte um frágil apoio da rede pública de saúde, sobretudo da USF em que procuraram ser cuidadas, concorrem para que as mulheres não tenham poder de decisão na relação sexual e na contracepção. Ao mesmo tempo, os parceiros se eximem de qualquer responsabilidade na contracepção e na ocorrência da gravidez, negando-se os caminhos para a autonomia e para a liberdade reprodutiva.

As restrições no acesso ao planejamento reprodutivo nas USF referidas pelas mulheres do estudo mostram que, apesar da Estratégia Saúde da Família (ESF) se apresentar como estratégia que busca a reorganização e o fortalecimento da atenção básica, mediante a ampliação do acesso e reorientação das práticas do cuidado, há falhas da atenção no âmbito do planejamento reprodutivo. Esse aspecto contribuiu para a ocorrência de gravidezes imprevistas, tendo apresentado como desfecho para algumas mulheres o aborto em condições inseguras, com riscos à saúde e à vida.

Torna-se importante a reorganização das ações estratégicas da ESF na atenção à saúde da mulher, no sentido de garantir ações efetivas no planejamento reprodutivo, incluindo práticas educativas participativas em que as mulheres tenham voz. Há de se valorizar o conhecimento que as mulheres dispõem sobre os métodos contraceptivos e o contexto em que são geradas as suas demandas. Além disso, é preciso continuidade das ações, com o devido acompanhamento clínico e capacitação permanente de profissionais, com ênfase na atenção integral e equânime às mulheres, tendo como eixo orientador das práticas gênero e integralidade, incluindo ações que envolvam a participação do homem no planejamento reprodutivo.

Faz-se necessário, portanto, mudanças na atenção à mulher na ESF, para que essas sejam apoiadas pelo sistema público de saúde na busca por autodeterminação nas escolhas reprodutivas. Essa perspectiva de mudanças requer uma reflexão sobre as práticas multiprofissionais, entre elas, a das(os) enfermeiras(os), profissional que se encontra à frente das ações do cuidado à mulher

no planejamento reprodutivo, na maioria das unidades de saúde, buscando, assim, superar adversidades e agregar novos significados ao cuidado no âmbito reprodutivo.

Profissionais de saúde devem articular suas ações no planejamento reprodutivo de modo a proporcionar o acesso a métodos e informações de qualidade, possibilitando às mulheres a tomada de decisão no âmbito reprodutivo por autodeterminação. As orientações sobre as práticas contraceptivas devem ser não somente focadas nos métodos disponíveis no serviço, mas que respondam às necessidades das mulheres com base no contexto em que elas estão inseridas.

Cabe à enfermeira envolvida no planejamento reprodutivo proporcionar acolhimento das demandas das mulheres com apurada escuta e busca de soluções. Além disso, o discurso e a prática devem ser articulados entre profissionais de saúde e gestores(as) públicos(as), de modo que as necessidades das mulheres sejam conhecidas e respeitadas no sentido de efetivar a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (Pnaism) e assegurar o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos.

Sobre as autoras

Andiara Rodrigues Barros

Graduação, mestrado e doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade Social da Bahia (FSBA) e em Gestão da Clínica na Região Nordeste pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês. Enfermeira do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (Hupes) e pesquisadora do Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher, Gênero e Integralidade do Cuidado. Atua no cuidado à saúde, ensino e pesquisa.

Cleuma Sueli Santos Suto

Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS); mestrado e doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora adjunta da Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher, Gênero e Integralidade do Cuidado da Escola de Enfermagem da UFBA, e também do Pesquisas sobre Representações, Práticas de Cuidado e Segurança na Saúde de Grupos em Vulnerabilidade (Cogitare) da UEFS. Tem experiência de ensino, pesquisa e extensão na área de Enfermagem, com ênfase na Saúde Coletiva, atuando principalmente nos temas: cuidado e saúde da mulher; saúde sexual e reprodutiva; HIV/aids/IST e enfermagem.

Diana Santos Sanchez
Graduação em Enfermagem pela Universidade Salvador (Unifacs); mestrado em Enfermagem e Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Especialização em Cuidados na Terapia Intensiva Neonatal pela Unifacs. Atua como auditora em saúde e enfermeira de unidade de terapia intensiva neonatal.

Edméia de Almeida Cardoso Coelho
Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB); mestrado em Enfermagem pela UFPB; doutorado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP). Professora titular da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (Eenf-UFBA) e pesquisadora do Centro de Estudos e Pesquisas sobre Mulher, Gênero, Saúde e Enfermagem (GEM) e do Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher, Gênero e Integralidade do Cuidado. Atua no ensino, pesquisa e extensão no cuidado à saúde sexual e reprodutiva, direitos reprodutivos e políticas públicas de saúde para mulheres, sob o enfoque de gênero e integralidade.

Jamile Guerra Fonseca

Graduação em Enfermagem pela Faculdade de Tecnologia e Ciências; licenciamento em Sociologia pela Uniasselvi. Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB); doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) e intercâmbio no Centro de Estudos das Migrações e Relações Interculturais de Lisboa (Cemri). Docente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Líder do Grupo de Pesquisa em Interdisciplinaridade e Interseccionalidade da UFRB. Integrante do Grupo Saúde da Mulher, Gênero e Integralidade do Cuidado.

Joise Magarão Queiroz Silva

Graduação, mestrado e doutorado em Enfermagem e Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA); especialista em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal/Pediátrica e especialista em Enfermagem Obstétrica pela Faculdade Bahiana de Saúde Pública. Membro do Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher, Gênero e Integralidade do Cuidado, Escola de Enfermagem da UFBA.

Jussilene Jesus Sousa Boer

Graduação e mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA); especialização em Enfermagem Obstétrica e Enfermagem Neonatal pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); especialização em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFBA; participou do Centro de Estudos e Pesquisas sobre Mulher, Gênero, Saúde e Enfermagem (GEM). Enfermeira da Maternidade Albert Sabin/Secretaria de Saúde da Bahia (Sesab). Experiência em saúde da mulher e atenção primária à saúde. Atua no cuidado à saúde, ensino de graduação e pós-graduação.

Larissa Silva de Abreu Rodrigues

Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Mestrado e doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) e intercâmbio na Universidad Complutense, em Madrid. Especialização em Saúde Pública pelo Instituto Brasileiro de Pós-Graduação (IBPG); especialização em Cuidado Pré-Natal pela Universidade Federal de São Paulo (USP). Professora adjunta pela Universidade do Estado da Bahia (UNEN). Líder do Grupo de Pesquisa Mulher, Gênero e Saúde da UNEB. Atua no ensino, pesquisa e extensão na saúde da mulher.

Letícia da Silva Cabral

Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Piauí (Uespi) e licenciatura em Química pelo Instituto Federal do Piauí (IFPI). Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE); doutorado em Enfermagem e Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Docente da Uespi e instrutora do segmento saúde do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Senac). Tem experiência em enfermagem e saúde da mulher, na perspectiva de gênero e integralidade do cuidado.

Mariza Silva Almeida

Graduação em Enfermagem pela Universidade Católica do Salvador (Ucsal); mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA); doutorado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Eerp-USP); especialização em Administração Hospitalar pelo Centro Universitário de São Camilo. Professora associada IV; pesquisadora do Centro de Estudos e Pesquisa sobre Mulher, Gênero, Saúde e Enfermagem (GEM) e do Grupo de Pesquisa sobre Saúde da Mulher, Gênero e Integralidade do Cuidado. Possui experiência na área de Enfermagem no ensino, pesquisa e extensão.

Nayara de Jesus Oliveira

Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC); mestrado em Enfermagem e doutorado, em andamento, em Enfermagem e Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Especialização em Gestão Pública das Organizações de Saúde pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF); especialização em Saúde Coletiva: Concentração em Monitoramento, Avaliação e Informações Estratégicas pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC-UFBA). Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher, Gênero e Integralidade do Cuidado. Experiência em pesquisa, ensino e extensão em saúde da mulher e atenção primária à saúde.

Patrícia Figueiredo Marques

Graduação em Pedagogia pela Faculdade de Educação da Bahia (Faced); graduação, mestrado e doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Docente e pesquisadora fundadora/líder do Grupo de Pesquisa em Saúde, Sexualidade e Reprodução (SSeR) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), em parceria com a Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Experiência na área de Enfermagem no ensino, pesquisa e extensão relacionados ao estágio supervisionado na área hospitalar e na área da saúde da mulher.

Railene Pires Evangelista

Graduação em Enfermagem, com ênfase em obstetrícia, pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Fundação Estatal de Saúde da Família (Fesf-SUS). Especialização em Obstétrica pelo Centro Universitário Jorge Amado (Unijorge). Atua como professora assistente do Unijorge.

Raquel de Alcântara

Enfermeira, graduada pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Especialista em Urgência e Emergência pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). Mestra em Enfermagem e Saúde pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA). Integra o Centro de Estudos e Pesquisas sobre a Mulher, Gênero, Saúde e Enfermagem (GEM) e é pesquisadora do Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher, Gênero e Integralidade do Cuidado, da Escola de Enfermagem da UFBA. Tem experiência em enfermagem, saúde da mulher, juventude e sexualidades.

Anexos

ANEXO A

Parecer de aprovação do projeto emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia (CEPEE/UFBA)

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP

COMUNICADO

Estamos comunicando que o seu projeto de Pesquisa abaixo especificado foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, na Reunião Ordinária realizada em 9/09/2010, na sala do CEPEE. UFBA, situada no 4º andar da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. A Plenária identificou o atendimento às pendências emitidas no Parecer anterior e considerou o **PROTOCOLO Nº 09/2010 APROVADO .**

Título do Projeto: "Circunstâncias da ocorrência de Gravidez não planejada em mulheres usuárias da rede publica de saúde".

Pesquisadoras Responsáveis: Jussilene Jesus Sousa e Profª Edméia de Almeida Cardoso Coelho

Data da apreciação do CEPEE/UFBA EM 09/09/2010.

OBSERVAÇÃO: As (os) autoras (es) terão no prazo de seis meses para apresentarem o relatório parcial e o relatório final ao termino da dissertação conforme atendimento à Resolução 196/96 (BRASIL, 1996, 9.65).

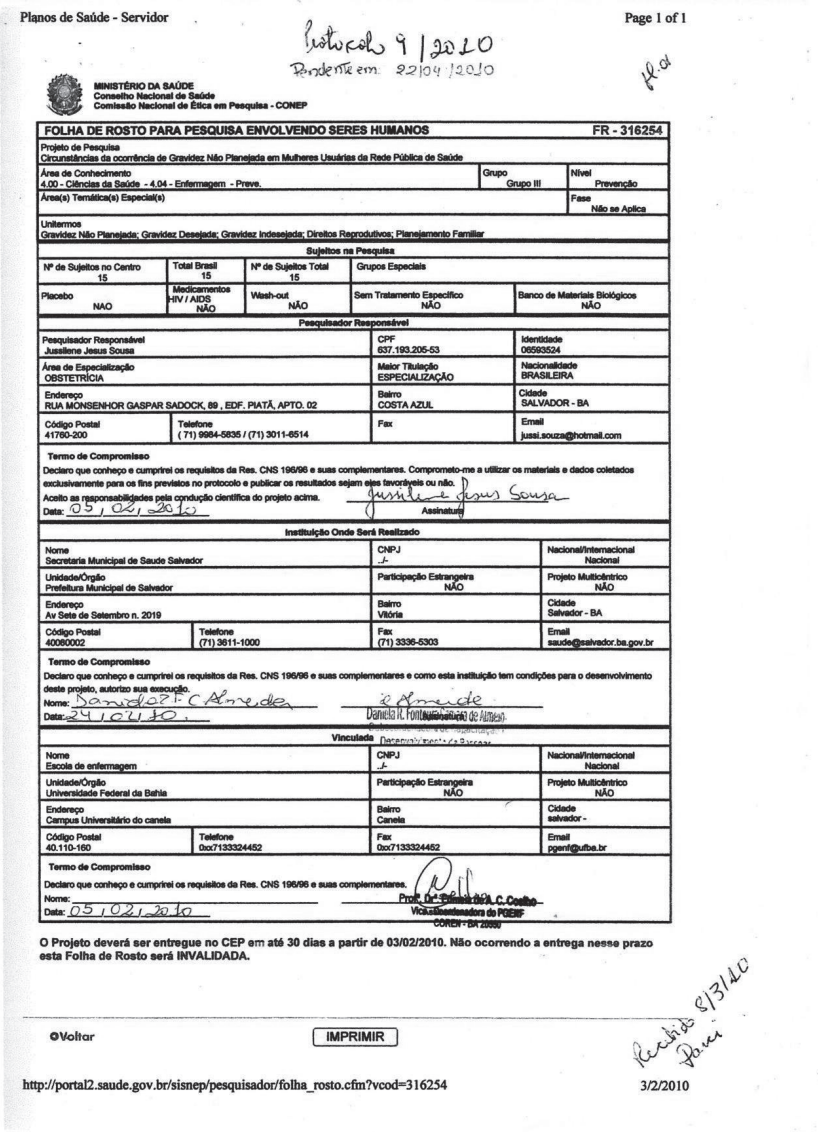
Salvador, 09 de setembro de 2010.

Darci de Oliveira Santa Rosa
Coordenador do CEP-EEUFBA
COREN BAHIA

EEUFBA
CONFERE COM ORIGINAL
Data: 10 / 05 / 2011.
Ass.: Patrícia L. Santos de Souza.
Tricia S. V. T. de Souza
Assistente Administrativo
Mat. 01049833-8

ANEXO B

Parecer de autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador



Planos de Saúde - Servidor

Page 1 of 1

Protocolo 9/2010
Pendente em: 22/04/2010

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS — FR - 316254

Projeto de Pesquisa Circunstâncias da ocorrência de Gravidez Não Planejada em Mulheres Usuárias da Rede Pública de Saúde		
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.04 - Enfermagem - Preve.	Grupo Grupo III	Nível Prevenção
Área(s) Temática(s) Especial(s)		Fase Não se Aplica
Unitermos Gravidez Não Planejada; Gravidez Desejada; Gravidez Indesejada; Direitos Reprodutivos; Planejamento Familiar		

Sujeitos na Pesquisa

Nº de Sujeitos no Centro 15	Total Brasil 15	Nº de Sujeitos Total 15	Grupos Especiais	
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO

Pesquisador Responsável

Pesquisador Responsável Jussilene Jesus Sousa		CPF 637.193.205-53	Identidade 06593524
Área de Especialização OBSTETRÍCIA		Maior Titulação ESPECIALIZAÇÃO	Nacionalidade BRASILEIRA
Endereço RUA MONSENHOR GASPAR SADOCK, 89 , EDF. PIATÃ, APTO. 02		Bairro COSTA AZUL	Cidade SALVADOR - BA
Código Postal 41760-200	Telefone (71) 9984-5835 / (71) 3011-6514	Fax	Email jussi.souza@hotmail.com

Termo de Compromisso

Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.

Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.

Data: 05/02/2010

Jussilene Jesus Sousa
Assinatura

Instituição Onde Será Realizado

Nome Secretaria Municipal de Saude Salvador		CNPJ -/-	Nacional/Internacional Nacional
Unidade/Órgão Prefeitura Municipal de Salvador		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO
Endereço Av Sete de Setembro n. 2019		Bairro Vitória	Cidade Salvador - BA
Código Postal 40060002	Telefone (71) 3611-1000	Fax (71) 3336-5303	Email saude@salvador.ba.gov.br

Termo de Compromisso

Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Nome: Daniela R. C. Almeida

Data: 24/02/10.

Daniela R. Fontes Almeida
Assinatura

Vinculada

Nome Escola de enfermagem		CNPJ -/-	Nacional/Internacional Nacional
Unidade/Órgão Universidade Federal da Bahia		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO
Endereço Campus Universitário do canela		Bairro Canela	Cidade salvador -
Código Postal 40.110-160	Telefone 0xx7133324452	Fax 0xx7133324452	Email pgenf@ufba.br

Termo de Compromisso

Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares.

Nome:

Data: 05/02/2010

Profª. Drª. Erminia de A. C. Coelho
Vice-Coordenadora do PGENF
COREN - BA 20550

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 03/02/2010. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

Recebido 8/3/10
Pavi

Voltar

IMPRIMIR

http://portal2.saude.gov.br/sisnep/pesquisador/folha_rosto.cfm?vcod=316254 3/2/2010

Formato: 15 x 21 cm
Fontes: Rasa | Bricolage Grotesque
Miolo: Papel Off-Set 75 g/m²
Capa: Cartão Supremo 300 g/m²
Impressão: Gráfica 3
Tiragem: 300 exemplares

JUSSILENE JESUS SOUSA BOER
Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA); especialização em Enfermagem Obstétrica e em Enfermagem Hospitalar e Neonatal pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); especialização em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA; enfermeira da Maternidade Albert Sabin da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab).

EDMÉIA DE ALMEIDA CARDOSO COELHO
Doutorado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP); professora titular da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA); líder do Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher, Gênero e Integralidade do Cuidado da Escola de Enfermagem da UFBA.

ANDIARA RODRIGUES BARROS
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA); especialista em Enfermagem do Trabalho e em Gestão da Clínica na Região Nordeste; pesquisadora do Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher, Gênero e Integralidade do cuidado da Escola de Enfermagem da UFBA; enfermeira do Hospital Professor Edgard Santos.

A obra divulga para pesquisadoras(es), profissionais de saúde e de áreas afins, estudantes e demais pessoas interessadas resultados de pesquisa em que foram investigadas circunstâncias da ocorrência de gravidez não planejada em mulheres adultas sob o enfoque de gênero. Seus resultados revelam múltiplas interseções entre fatores que participam da ocorrência da gravidez não planejada, com forte presença das relações com o parceiro e com o serviço de saúde. Esse fenômeno é amplamente estudado na literatura científica em mulheres adolescentes, de modo que, ao ser estudado entre mulheres adultas, se reveste de ineditismo e originalidade.

ISBN 978-65-5630-664-3